

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TEREZA CRISTINA CARON KRAUSE

IMPLANTAÇÃO DE UMA COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE EM HOSPITAL
DE ENSINO

CURITIBA

2013

TEREZA CRISTINA CARON KRAUSE

IMPLANTAÇÃO DE UMA COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE EM HOSPITAL
DE ENSINO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Mitzy Tânia Reichembach Danski.

CURITIBA

2013

K91

Krause, Tereza Cristina Caron.

Implantação de uma comissão de cuidados com a pele em hospital de ensino / Tereza Cristina Caron Krause. – Curitiba, 2013.

107 f.: il.; color.; 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Mitzy Tânnia Reichembach Danski.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem do Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

1. Enfermagem. 2. Comitê de profissionais. 3. Higiene da pele. 4. Segurança do paciente. 5. Tecnologia. I. Título. II. Danski, Mitzy Tânnia Reichembach.

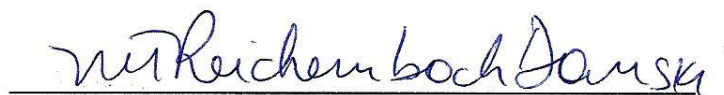
NLM: WY 154.5

TERMO DE APROVAÇÃO

TEREZA CRISTINA CARON KRAUSE

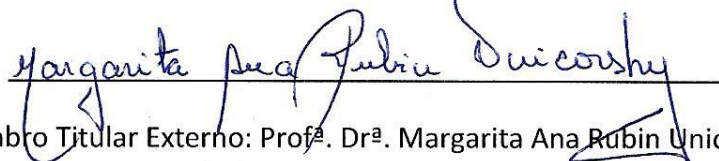
IMPLANTAÇÃO DE UMA COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE EM HOSPITAL DE ENSINO

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



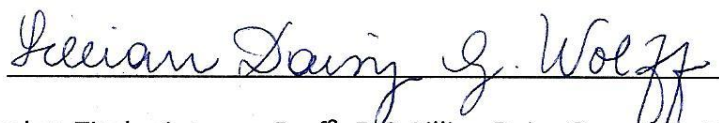
Presidente da Banca: Prof^a. Dr^a. Mitzy Tannia Reichembach Danski

Universidade Federal do Paraná



Membro Titular Externo: Prof^a. Dr^a. Margarita Ana Rubin Unicosky

Universidade Federal do Rio Grande do Sul



Membro Titular Interno: Prof^a. Dr^a. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 28 de Novembro de 2013.

AGRADECIMENTO

É com grande alegria que chego ao final de mais uma etapa da minha vida. Há muito a agradecer e espero não esquecer nenhuma das pessoas especiais que estiveram ao meu lado nesta trajetória, sem as quais eu não teria conseguido galgar mais este degrau.

Agradeço inicialmente aos meus pais (*in memoriam*), pelas oportunidades que me proporcionaram, pelo exemplo de vida, honestidade e valores morais que me deixaram de herança.

Ao meu marido Roberto, pelo companheirismo, incentivo, paciência e compreensão nas ausências e, principalmente, nos momentos de instabilidade do humor. Agradeço também pelo compartilhamento na “administração do lar”.

Aos meus queridos filhos Felipe e Carolina e ao meu genro Rafael. Pelo estímulo, paciência, compreensão, pelo amor incondicional, apoio irrestrito e pelas “aulas de informática”, suprimindo as minhas limitações com a tecnologia.

À Diretora de Enfermagem, Professora Doutora Marilene Wall, pelo apoio e empenho para a concretização da Comissão.

A minha orientadora, Professora Doutora Mitzy Tânnia Danski, pela competência, empenho, por me conduzir para os caminhos corretos, compartilhando seus conhecimentos, e, principalmente, por ter depositado sua confiança em mim. Meu profundo respeito e admiração.

Aos membros da Comissão, pela dedicação e apoio. Aos membros do Núcleo estruturador Bárbara e Otília pela disponibilidade, companheirismo, contribuições e apoio mútuo. Um agradecimento especial para a amiga Gisela Assis pelas sugestões congruentes, auxílio inestimável e manifestações de carinho.

Aos colegas de mestrado, incluindo professores e funcionários, que estiveram sempre disponíveis e contribuíram para que atingíssemos nossas metas.

Àquelas pessoas que contribuíram e somaram forças para que eu conseguisse alcançar este objetivo e aqui não foram citadas.

Se cheguei até aqui é porque todos vocês contribuíram, e muito, para que isso acontecesse.

Muito obrigada!

O rio atinge seus objetivos porque aprendeu a contornar obstáculos.
Lao Tse

RESUMO

O tema segurança do paciente alcançou, na atualidade, um espaço muito importante nos modelos de gestão das instituições de saúde, nas discussões em encontros e no campo da pesquisa. Despertando o interesse dos profissionais da área da saúde no desenvolvimento de programas de qualidade dos serviços, visando prestar uma assistência ao paciente baseada na segurança e na eficácia. Monitorar a ocorrência de lesões de pele em pacientes internados evidencia-se como um fator importante no gerenciamento de risco, colaborando para a segurança do paciente com relação à prevenção e à redução dos eventos adversos decorrentes do cuidado à saúde. Nesta perspectiva, os objetivos deste estudo foram: realizar diagnóstico situacional da instituição quanto à prevenção e tratamento de lesões de pele; descrever as fases de implantação da Comissão de Cuidados com a Pele em um Hospital de Ensino de Curitiba. Trata-se de pesquisa descritiva dividida em duas etapas. Na primeira etapa, de natureza diagnóstica, realizou-se um diagnóstico situacional da notificação e do acompanhamento, ações de prevenção e tratamento das lesões de pele, e da existência de capacitação dos profissionais de enfermagem. Nesta etapa foram entrevistados 25 enfermeiros, sendo um representante de cada unidade de internação. Os dados foram analisados e agrupados em: caracterização das unidades; prática do enfermeiro relacionada a lesões de pele; conhecimentos sobre ferramentas de gestão da qualidade e segurança do paciente e conhecimentos e práticas relacionadas às lesões de pele. Os resultados apontam que a medida mais realizada para a prevenção de lesões de pele é a mudança de decúbito. A instituição possui gestão de risco e da qualidade, mesmo assim, somente 16% dos participantes referiram utilizar a úlcera por pressão (UP) como indicador de qualidade para a gestão de risco e 52% não realizou nenhuma notificação de lesões. Com relação a programas de educação, 88% relataram que não existe capacitação sobre o tema cuidados com a pele na instituição. A segunda etapa denominada intervenção, cuja proposta foi de pesquisa documental, visou à implantação da comissão de cuidados com a pele (CCP) a fim de sistematizar o cuidado de prevenção e tratamento das lesões de pele aos pacientes internados na instituição local do estudo. A comissão foi implantada em quatro passos sendo eles: negociação; estruturação; documentação e implementação, e foi oficializada por portaria em outubro de 2012. Tem caráter normativo e consultivo para desenvolver atividades relacionadas à assistência, educação permanente e pesquisa no que se relaciona a prevenção e tratamento de lesões de pele, cuidados com estomias, cateteres e drenos. No período de outubro/2012 a julho/2013 foram realizados 402 atendimentos pela CCP. Dentre as etiologias tratadas a mais prevalente foi a UP (36%). Os cuidados relacionados às lesões de pele são essenciais em uma instituição de grande porte e o seu controle exige um conjunto de medidas por parte dos profissionais e da instituição, como o cuidado baseado em evidências científicas, políticas de gestão, capacitação e uso de tecnologias adequadas para o cuidado com qualidade.

Palavras-chave: Enfermagem. Comitê de Profissionais. Higiene da Pele. Segurança do Paciente. Tecnologia.

ABSTRACT

Currently the theme security of patients has reached an important place in the management of health institutions, in congresses discussions and in the research area. Provoking the interest of health professionals in the quality development of services programs, with the aim to provide assistance to the patient based on security and efficiency. Monitoring skin injuries in hospitalized patients is an important procedure in the risk management, contributing in the patient's security related to the prevention and reduction of unfavorable events from health care. In this perspective, objectives of this study were diagnose the current situation of the institution's prevention and treatment of skin injuries; describe the phases of the development of the Skin Care Commission in a University Hospital from Curitiba. The research, divided in two parts is quantitative and qualitative. In the first part, that was a diagnostic survey, the current situation of notification and prevention actions for the skin injuries treatment was diagnosed and also the existence of training courses for nursing professionals was researched. Twenty-five nurses were interviewed, one from each admission unit from the institution. The data was analyzed and divided in: units' characteristics, the nurses' practice related to skin injuries, quality and security management supplies knowledge, and practice and knowledge related to skin injuries. The results show that repositioning the patient is the most used method for prevention of skin injuries. The institution has quality and risk management; even so, only 16% of the participants referred to use the pressure ulcer as a quality indicator for risk management and 52% don't report the injuries. 88% of them related that the institution doesn't have any training courses about skin care. The second part a documentary research, in which the proposition is to introduce the skin care commission to systematize skin injury prevention and treatment care for hospitalized patients, in the institution where the study was placed. The commission was introduced in four steps: negotiation, structuralize, documentation and implementation. It became official by a decree in October 2012. The development of activities related to assistance, permanent education and research of skin injuries, ostomy catheters and drains prevention, permanent treatment and research have regulations. From October 2012 until July 2013 402 patients were attended by the commission. Pressure ulcer was the most predominant between the etiologies treated (36%). The care related to skin injuries in a big sized institution is essential. The control demands a series of measures by the professionals and the institution as the care based on scientific evidences, political management, training courses and technologies for the quality care.

Key words: Nursing. Professional Staff Committees. Skin Care. Patient Safety. Technology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 - CODIFICAÇÃO DOS DIFERENTES DOCUMENTOS UTILIZADOS COMO FONTE DE DADOS	48
GRÁFICO 1 - FREQUÊNCIA DAS LESÕES DE PELE NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO NO HOSPITAL DE ENSINO DE CURITIBA (PR), 2013.....	63
FIGURA 1 - ESTRUTURA DA COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE	68
FIGURA 2 – FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO.....	76

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – NÚMERO DE LEITOS ATIVOS NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DO HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA (PR), 2013.	53
TABELA 2 – ESPECIALIDADES ATENDIDAS NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DO HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA (PR), 2013.....	53
TABELA 3 – NÚMERO DE AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM POR UNIDADE DE INTERNAÇÃO NO HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA (PR), 2013.	54
TABELA 4 – NÚMERO DE PACIENTES AVALIADOS E ATENDIMENTOS REALIZADOS PELA CCP DO HOSPITAL DE ENSINO, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 2012 A JULHO DE 2013, CURITIBA (PR).	82
TABELA 5 – ETIOLOGIAS DE LESÕES DE PELE MAIS PREVALENTES NOS PACIENTES AVALIADOS PELA CCP DO HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA (PR), 2013.	83
TABELA 6 – EVOLUÇÃO DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELA CCP DO HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA (PR), 2013	83

LISTA DE SIGLAS

AGE – Ácido Graxo Essencial
AGQ – Assessoria de Gestão da Qualidade
CCP – Comissão de Cuidados com a Pele
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CIPNSP – Comitê de Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
COAD – Conselho de Administração
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
DAI – Dermatite Associada à Incontinência
EAs – Eventos Adversos
EPUAP – *European Pressure Ulcer Advisory Panel*
FTP – Filme Transparente de Poliuretano
IAG Saúde – Instituto de Acreditação e Gestão em Saúde
JCAHO – *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*
NAS – *Nursing Activities Score*
NE – Núcleo Estruturador
NPUAP – *National Pressure Ulcer Advisory Panel*
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente
n – número da amostra
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONA – Organização Nacional de Acreditação
PC – Pedido de Consulta
PICC – *Peripherally Inserted Central Catheter*
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP – Procedimento Operacional Padrão
PSP – Plano de Segurança do Paciente
PUSH – *Pressure Ulcer Scale for Healing*
QT – Quimioterapia
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SOBEST – Associação Brasileira de Estomaterapia

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UP – Úlcera por pressão

UTI-A – Unidade de Terapia Intensiva Adulto

WHO – *World Health Organization*

WUWHS – *World Union of Wound Healing Societies*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	JUSTIFICATIVA	18
1.2	OBJETIVOS	20
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	HISTORICIDADE DO TRATAMENTO DE FERIDAS	21
2.2	ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE	23
2.3	SEGURANÇA DO PACIENTE	32
2.4	GESTÃO DE RISCO	38
3	MÉTODO	42
3.1	TIPO DE PESQUISA	43
3.2	LOCAL DE ESTUDO	43
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	45
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	45
3.5	COLETA DE DADOS	46
3.5.1	Etapa I – Diagnóstica	46
3.5.2	Etapa II – Intervenção – Pesquisa documental	47
3.6	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	48
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
4.1	ETAPA I - DIAGNÓSTICA	52
4.1.1	Caracterização das Unidades estudadas	52
4.1.2	Prática do Enfermeiro relacionada a lesões de pele	55
4.1.3	Conhecimentos sobre ferramentas de gestão da qualidade e segurança do paciente	57
4.1.4	Conhecimentos e práticas relacionadas às lesões de pele	59
4.2	ETAPA II – INTERVENÇÃO – PESQUISA DOCUMENTAL	64
4.2.1	Passo I – Negociação	64
4.2.2	Passo II – Estruturação	66
4.2.3	Passo III – Documentação	69
4.2.4	Passo IV – Implementação	72
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERÊNCIAS	89

APÊNDICES97
ANEXO103

1 INTRODUÇÃO

Concepções mundiais relacionadas à qualidade têm influenciado instituições hospitalares e refletem diretamente na prática do cuidado em saúde. Nesse âmbito, criações limitadas dão lugar a visões universais, o antigo atendimento ao paciente amplia-se e conquista patamares significativos com a incorporação do acolhimento do cliente, a postura dos profissionais de saúde expande-se do cuidar das necessidades até a satisfação das expectativas do usuário.

A decisão de adotar um sistema de gestão da qualidade no Brasil foi estratégica e política, impulsionada por um cenário internacional, em que no século passado, foi criada a americana *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO), responsável pelo processo de avaliação dos serviços de saúde. A metodologia padronizada utiliza-se de instrumentos que resultam em uma classificação da instituição avaliada (VITURI, MATSUDA, 2009).

Para atender a essa demanda, foi instituído em 1999 o Sistema Brasileiro de Acreditação, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), que objetiva desenvolver um processo permanente de melhoria da qualidade assistencial, por meio de avaliação periódica dos serviços de saúde brasileiros que buscam ser acreditados. Com o sistema de acreditação as instituições conquistam reconhecimento público, tratando-se de um título que alia o conceito de competência técnico-assistencial à busca da evolução dos serviços prestados, resultando na segurança e qualidade do atendimento à população (VITURI, MATSUDA, 2009).

Nessa perspectiva, a qualidade em saúde é definida como conjunto de atributos que inclui excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo risco ao paciente, alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando os valores sociais existentes (DONABEDIAN, 1988).

Como resposta às demandas da qualidade, surge a necessidade de um sistema organizado de gestão do risco hospitalar. O gerenciamento do risco é um processo inter e transdisciplinar que associa o conhecimento dos vários profissionais, com intuito de evidenciar, notificar e monitorar os fatores de risco, e prevenir os eventos adversos (EAs) danosos ao paciente (FELDMAN, 2009).

O progresso no cuidado à saúde e o acréscimo na eficácia no tratamento médico-hospitalar gerou aumento da expectativa e qualidade de vida das pessoas,

mas também elevação dos riscos e eventos adversos em consequência da sofisticação e complexidade, cada vez maiores, de técnicas, procedimentos e equipamentos médico-hospitalar (SILVA; TEIXEIRA; CASSIANI, 2009).

O cuidado prestado ao cliente caracteriza-se como atividade complexa realizada por seres humanos, porém o desenvolvimento tecnológico na saúde não foi acompanhado de investimentos para torná-lo seguro (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A segurança do paciente atualmente é um assunto de interesse internacional, considerado pela Organização Mundial da Saúde um princípio fundamental do cuidado à saúde, pois no processo de cuidar existe certo grau de insegurança (WHO, 2009), bem como de interesse nacional para os gestores públicos, profissionais de saúde e da população em geral.

A promoção da segurança do paciente visa reduzir os atos não seguros e indesejáveis na assistência à saúde. Assim, caso ocorram, procura dispor de propostas para limitar o dano e a possibilidade de repetição. As organizações de saúde devem ser seguras para os pacientes, visitantes, profissionais de saúde, bem como para o meio ambiente. Para tanto, é necessário que os gestores invistam em melhorias contínuas, treinamentos e na redução de conflitos e interesses divergentes, os quais elevam a chance de acidentes e, conseqüentemente reduzem a qualidade assistencial (QUINTO NETO, 2008).

Nesse contexto, a enfermagem constitui o elo entre os vários profissionais de saúde e colaboradores na prestação de cuidado de forma participativa e com qualidade, pois é a categoria profissional que permanece a maior parte do tempo em contato com o paciente e sua família.

O cuidado de enfermagem é concebido como uma ação profissional decorrente da aplicação do conhecimento científico pelo enfermeiro e sua equipe e visa resultados positivos ao paciente em termos de atendimento de suas necessidades de saúde e segurança (DUFFY; HOSKINS, 2003).

Além disso, oferecer cuidados embasados cientificamente e de forma segura contribui para melhorar a compreensão e a aceitação das orientações pelo paciente, bem como propiciar adesão ao tratamento.

Por outro lado, quando o cuidado é prestado em não conformidade com os padrões de qualidade almejados pela instituição, gera retrabalho, aumento na taxa de permanência, redução na rotatividade dos leitos, exposição maior a riscos,

desperdício e consequente aumento dos custos hospitalares. Portanto, a identificação dos riscos e a prevenção de eventos adversos são necessárias, pois quanto maior a qualidade da assistência, menores são os riscos a que o paciente está exposto.

Os eventos adversos são definidos como lesões ou danos resultantes da assistência à saúde e podem resultar de problemas referentes a prática de profissionais, produtos, procedimentos ou sistemas. Melhorias na segurança do paciente exigem esforço de todo o sistema de saúde, que envolve ampla gama de ações para a melhoria do desempenho, segurança ambiental e gestão de risco, incluindo controle de infecção, uso seguro de medicamentos, equipamentos de segurança, prática clínica segura e ambiente seguro (WHO, 2009).

Eventos adversos relacionados à prevalência de úlcera por pressão (UP) são considerados indicadores de resultados que permitem avaliar a estrutura e os processos em busca da melhoria contínua dos serviços (JCAHO, 2006).

Estudo realizado nos Estados Unidos estimou que um em cada sete pacientes internados irá adquirir UP. A prevenção de UP requer a identificação dos pacientes com risco de adquiri-la com o uso de uma ferramenta validada, ou seja, uma avaliação efetiva no momento da internação e, subsequentemente, durante os dias de sua permanência na instituição de saúde, como, por exemplo, a aplicação da Escala de Braden (WATCHER, 2010).

Estudos de prevenção de UP são raros, especialmente no Brasil. Souza (2010) realizou a pesquisa clínica Avaliação da Efetividade do Filme Transparente de Poliuretano na Prevenção de Úlcera por Pressão em Calcâneo e os principais resultados encontrados foram: incidência de UP em calcâneos foi de 32%, com significativa incidência nos primeiros 15 dias de hospitalização; a probabilidade da lesão ocorrer antes, nos pacientes que não fazem uso do filme transparente de poliuretano (FTP) foi estatisticamente sustentada; e o uso de FTP na prevenção retardou o aparecimento da UP por até quatro dias, pois o tempo livre de UP médio para calcâneos em uso do filme foi de 19,2 dias (SOUZA, 2010).

Prevenir, avaliar e tratar uma ferida tem sido quase que exclusivamente responsabilidade da enfermagem e, para tanto, são necessários conhecimentos sobre os fatores de risco para desenvolver a ferida, fisiologia, anatomia, etapas do processo de cicatrização e do processo de restauração tissular. Este conhecimento é fundamental para a realização de um diagnóstico correto do tipo de lesão e

embasar a indicação do produto adequado para a prevenção e tratamento da ferida (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

Segundo Dealey (2008), o tratamento de ferida envolve três dimensões: o saber, o saber fazer e o saber ser, ou seja, o cuidado de enfermagem ao paciente com ferida exige competência, qualidade e conduta ética.

No Brasil, as feridas constituem sério problema de saúde pública, e mesmo com a deficiência de registros é sabido da existência de número elevado de pacientes com lesões de pele (BRASIL, 2002).

A ferida pode ser definida como qualquer lesão que resulte em solução de continuidade da pele causada por trauma mecânico, químico ou físico, isquemia, pressão, ou intencional, no caso de cirurgias (DEALEY, 2008). Estas lesões acometem a população em geral, principalmente pacientes hospitalizados, independente de sexo, idade ou etnia. O surgimento de feridas nesta população onera os gastos públicos e prejudica a qualidade de vida (BRASIL, 2002).

De acordo com Dealey (2008), as feridas podem ser classificadas em crônicas (de longa duração ou recorrentes), agudas (em geral cicatrizam sem complicações) e pós-operatórias (agudas intencionais).

As feridas crônicas causam aos seus portadores e seus familiares problemas como dor permanente, incapacidade, sofrimento, perda da autoestima, isolamento social, gastos financeiros, afastamento do trabalho e alterações psicossociais (DANTAS, 2010).

Dentre essas lesões, a UP destaca-se por prolongar a hospitalização, aumentar o risco de complicações e dificultar a recuperação do paciente. Assim, as UP merecem atenção de equipe multiprofissional tanto na prevenção quanto no tratamento, pois representam sofrimento físico e emocional dos pacientes à medida que reduzem sua independência e capacidade de realização de atividades diárias (BLANES *et al*, 2004).

O desenvolvimento das UP em pacientes hospitalizados é considerado um dos indicadores de qualidade dos serviços de saúde (BAHARESTANI *et al.*, 2009). Estabelecer seus fatores de risco permite a elaboração e implementação de medidas preventivas e de segurança, que visem à excelência do cuidado. É imprescindível aos profissionais de saúde maior conhecimento acerca da etiologia, tecnologias de prevenção e tratamento das UP como coadjuvantes no controle do referido indicador (CROZETA, 2009).

Segundo o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) e *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) (2009), a úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente nas proeminências ósseas, em consequência da pressão isolada ou em combinação com cisalhamento e de fatores internos ao paciente, que ainda não estão totalmente elucidados (NPUAP/EPUAP, 2009).

Monitorar a ocorrência de UP continuamente tem um papel importante no gerenciamento de risco, pois contribui com a segurança do paciente no que se refere às ações de prevenção e redução dos eventos adversos provenientes do cuidado à saúde (FELDMAN, 2009).

Estudos regionais brasileiros realizados pelo grupo de pesquisa Tecnologia e Inovação em Saúde: Fundamentos para a Prática Profissional (TIS) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná verificaram a prevalência das UP. O índice em um hospital de Curitiba foi de 10,04% no ano de 2009 (CROZETA, 2009), passando a 9,97% em 2011 (RIBAS, 2011). As regiões do corpo mais acometidas nos referidos estudos foram a sacrococcígea e o calcâneo (CROZETA, 2009; RIBAS, 2011).

Em decorrência dos dados epidemiológicos apresentados, houve a premência de estudos clínicos voltados à prevenção e tratamento das UP. Em 2010, Souza realizou em um Hospital de Ensino de Curitiba o primeiro ensaio clínico que demonstrou a efetividade do FTP na prevenção das UP em calcâneo, e comprovou que o uso do FTP em calcâneo dos pacientes de risco previne em até sete (7) vezes a ocorrência deste agravo (SOUZA, 2010).

Maciel (2010) pesquisou o uso do filme transparente de poliuretano na prevenção da úlcera por pressão em calcâneo do estágio I para outros estágios sendo que 26% dos participantes apresentaram regressão da úlcera por pressão estágio I, com o uso do mesmo material e, observou-se a redução do número destas lesões que evoluem de estágio I para estágio II na região do calcâneo.

Atualmente, a temática lesão de pele tem sido motivo de preocupação para os gestores de serviços de saúde, pelos aspectos éticos, sociais, legais e financeiros que estão presentes no desenvolvimento deste agravo.

Diante desse contexto apresentado, torna-se indispensável o olhar dos profissionais de saúde a essa problemática, especialmente a equipe de enfermagem, a fim de preveni-la quando possível, evitar danos secundários e

promover a cicatrização no tempo mais breve possível, resgatando a autoestima e reinserção social do indivíduo e reduzindo custos aos serviços de saúde.

1.1 JUSTIFICATIVA

Várias atividades relacionadas à educação permanente dos profissionais de enfermagem foram realizadas no Hospital de Ensino, local da pesquisa, durante os últimos anos. Restaram várias publicações frutos dos resultados de seis (6) projetos de iniciação científica e monografias de alunos de graduação de enfermagem inclusive desenvolveram-se diretrizes clínicas e algoritmos de prevenção e tratamento das UP, como se apresenta a seguir:

- Etapas do desenvolvimento de uma diretriz de prevenção de úlcera por pressão, (LAZZARI, 2010).
- A implantação e avaliação de uma diretriz de prevenção de úlcera por pressão, (MINGORANCE, 2010).
- Análise da educação em serviço para implementação da diretriz clínica de prevenção de úlcera por pressão (SOARES, 2010).
- Identificação de medidas preventivas de úlcera por pressão, realizadas por profissionais de enfermagem de uma clínica semi-intensiva, submetidos a uma capacitação prévia (STAHLHOEFER, 2010).
- Avaliação da cicatrização das úlceras por pressão em estágio II e III: *pressure ulcer scale for healing* – PUSH (BLANC, 2011).
- Prevenção de úlceras por pressão: uma prática tecnológica do cuidado de enfermagem em uma unidade pediátrica (FIALEK, 2011).

Os estudos apresentados sinalizaram a importância da institucionalização de estratégias efetivas, científicas e tecnológicas para redução dos agravos, custos, morbidade e mortalidade provenientes da ocorrência das úlceras por pressão.

Examinar a realidade experimentada em um Hospital de ensino, cenário deste estudo, no qual se implantou o gerenciamento de risco por meio da criação de políticas, condutas de avaliação, controle de riscos e eventos adversos coaduna-se com ideias apresentadas por Feldman (2009), que defende que a ausência de um

sistema organizado de gerenciamento de risco pode afetar a segurança, a saúde e a integridade do paciente e do profissional de saúde, bem como o meio ambiente e a imagem institucional.

O tratamento do paciente com lesão de pele deve ser dinâmico e acompanhar a evolução científica e tecnológica, visando à avaliação do paciente, indicação do tratamento, organização e a sistematização da assistência.

Diante do exposto, reconhece-se que a lesão de pele é apenas um aspecto do todo que é o ser humano, desta forma, é necessário realizar uma avaliação sistêmica do paciente em todos os aspectos, devendo englobar e valorizar as condições clínicas, psicossociais, nutricionais e econômicas. Necessário, também, considerar todos os fatores que interferem no processo de cicatrização, os quais exigem atuação interdisciplinar, com intervenções integradas e sistematizadas, no processo de tomada de decisão, que almeje como resultado final a prevenção e restauração da pele, contribuindo para o bem estar e a qualidade de vida do indivíduo.

A autora deste estudo trabalha nesta instituição onde já teve experiência como enfermeira assistencial, chefe de equipe de enfermagem de unidade de internação, enfermeira do ambulatório de diabetes, implantou o ambulatório de Pé Diabético, foi chefe do serviço de enfermagem ambulatorial, coordenadora de enfermagem clínica, coordenadora de atendimento externo, gerente da unidade gerencial de ambulatórios, e atualmente desenvolve a função de gerente da unidade gerencial de neurologia, neurocirurgia e psiquiatria. Nestes anos na instituição observou que os pacientes externos e ambulatoriais recebiam tratamento das feridas, porém os pacientes internados com lesões de pele ficavam desamparados, o que se traduziu em grande incômodo e preocupação, além de vivenciar a escassez de coberturas específicas disponíveis e de protocolos de prevenção e tratamento de lesões de pele.

O envolvimento da pesquisadora na implantação da Comissão de Cuidados com a Pele se deu desde o início de sua idealização como agente de mudança, o que vai ao encontro do escopo do Mestrado Profissional. Nesse relatório de pesquisa, propõe-se a descrição da implantação dessa Comissão, considerando todos os atores envolvidos, em base documental.

O hospital de ensino em questão atende pacientes com necessidades e tratamentos complexos que necessitam de cuidado especializado, bem como o uso

adequado e racional de tecnologia. A demanda externa (pacientes não internados) é atendida pelo ambulatório de tratamento de feridas, enquanto que para a demanda interna (pacientes internados) não existe padronização, protocolos ou produtos de prevenção e tratamento disponíveis.

O gerenciamento e o diagnóstico precoce de lesões de pele devem ser coordenados e coerentes, com objetivos claros, precisos e padronizados em todos os serviços do hospital. Portanto, evidencia-se a necessidade de instrumentalizar as ações dos profissionais e sistematizar o cuidado a ser prestado ao paciente com lesões.

Espera-se obter benefícios com a implantação desta Comissão, tais como: profissionais capacitados para realização de ações de prevenção e tratamento de lesões de pele; redução de custos com o tratamento; redução dos índices de infecção hospitalar relacionadas a lesões de pele; melhora dos índices de qualidade de vida dos pacientes; sistema de informação e banco de dados (estatística, publicações, etc.) relativos à temática e redução dos eventos adversos e morbimortalidade nesses pacientes.

1.2 OBJETIVOS

- Realizar diagnóstico situacional da instituição quanto à prevenção e tratamento de lesões de pele.
- Descrever as fases de implantação da Comissão de Cuidados com a Pele em um Hospital de ensino de Curitiba

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura desta pesquisa tem como foco quatro temas que estão relacionados aos objetivos do estudo: Histórico do tratamento de feridas, Anatomia e fisiopatologia da pele, Segurança do paciente e Gestão de risco.

2.1 HISTORICIDADE DO TRATAMENTO DE FERIDAS

A manutenção da saúde ocupa lugar de destaque, há muito já se mostrava como uma das principais preocupações do homem. O avanço científico e tecnológico e a consciência social cada vez maior contra a doença e a morte permitiram significativo progresso na qualidade de vida (FERNANDES; FERNANDES; RIBEIRO, 2000).

A preocupação com o tratamento de feridas também está evidenciada em diversos momentos. Estudos indicam que da era pré-histórica à idade antiga eram usados cataplasmas feitos com folhas e ervas com a intenção de ajudar a cicatrização e estancar hemorragias (CÂNDIDO, 2001).

Vêm do Egito antigo os primeiros registros escritos de técnicas médicas e cirúrgicas, dentre elas constavam tratamentos para todos os tipos de lesões, de fraturas a lacerações e cirurgias (CÂNDIDO, 2001).

Hipócrates (460-377 a.C.) lançou a base da medicina científica ao enfatizar a observação cuidadosa com a ferida ulcerativa e criou a definição de “cicatrização por primeira” intenção, na qual as bordas da pele se mantêm próximas, e “por segunda intenção”, quando há perda de tecido e as bordas da pele se afastam, significativamente (DEALEY, 2008).

Admite-se que os romanos possuíam técnica avançada de cirurgia, considerando que não existia a anestesia, mas somente o ópio e o álcool. As feridas eram irrigadas com vinhos, água e óleos (CÂNDIDO, 2001).

Galeno (129-199 d.C.) destacou-se no tratamento de feridas com a teoria do “pus louvável”, ou seja, o desenvolvimento do pus seria necessário para a cura e,

portanto, deveria ser estimulado. Descobriu, também, a eficácia da aplicação de tinta de escrever, teias de aranha e argila nas feridas (DEALEY, 2008).

Na evolução histórica do cuidado com pessoas doentes, existem registros de que as pessoas eram mantidas em locais insalubres, úmidos, sem ventilação e luz natural, leitos coletivos, com higiene inadequada e grande risco à saúde, como por exemplo, os sanatórios para leprosos da Idade Média. As noções de assepsia eram rudimentares e empíricas, mas se apresentavam como uma preocupação dos agentes de saúde para evitar a propagação de doenças (SANTOS, 1997).

No século XVIII, transformações propiciaram ações terapêuticas mais efetivas, levando à preocupação com o controle de doenças contagiosas, marcando assim a mudança do estigma que os hospitais eram locais para morrer, para tratamento e cura (RODRIGUES *et al*, 1997).

Somente na metade do século XIX iniciou a mudança no cenário de insalubridade dos hospitais, com a descoberta das bactérias por Pasteur e a introdução dos conceitos de antissepsia por Joseph Lister (1827-1912) que usou pela primeira vez solução de fenol em compressas e suturas, conseguindo evitar as amputações e reduzir os índices de mortalidade (RODRIGUES *et al*, 1997).

Na idade contemporânea surge, Florence Nightingale (1820-1910) precursora da enfermagem moderna, que atuou na guerra da Criméia, em que os pacientes hospitalizados apresentavam várias lesões e demanda por curativos, que eram reutilizados (CÂNDIDO, 2001).

Entre 1840 e a Segunda Guerra Mundial, o tratamento das feridas era realizado com o uso de antissépticos e agentes tópicos com ação antimicrobiana e cobertura seca. Eram usados antissépticos como: líquido de Dakin; eusol; iodo; ácido carbólico e cloretos de mercúrio e alumínio. O advento dos antibióticos foi o maior avanço do século XX, os quais eram aplicados localmente por meio de pulverização ou incorporados no próprio curativo. Alexandre Fleming usou penicilinas para tratar infecções e questionou o uso de antissépticos, devido a sua toxicidade, e outros tipos de antibióticos foram introduzidos (DEALEY, 2008).

A partir do século XX, os curativos tornaram-se estéreis e os procedimentos realizados com técnicas assépticas, geralmente sem tocar no paciente. Durante as décadas de 1930-40 o tratamento de feridas passou gradualmente para a esfera da enfermagem (DEALEY, 2008).

As coberturas à base de hidrocoloides surgiram em 1982 e passaram a ser amplamente utilizadas em lesões de espessura parcial; hidropolímeros foram lançados no início dos anos 90 (CÂNDIDO, 2001).

Atualmente, está disponível no mercado uma variedade bastante ampla de produtos fornecendo ao profissional múltiplas opções de escolha, conforme o tipo de lesão. Mesmo assim, há condutas inadequadas e produtos ineficazes, ou até mesmo prejudiciais ao processo de cicatrização.

A ideia contemporânea do cuidado à saúde investe esforços na prevenção de agravos à saúde, pois é de conhecimento mundial que os benefícios de impedir a doença são exponencialmente melhores para o paciente e a sociedade, uma vez que se interrompe a cadeia (ao invés de se intervir apenas nos resultados), além de diminuir os custos e melhorar a qualidade de vida, torna-se um agir proativo que promove a saúde e previne a doença.

A enfermagem inseriu-se no papel de cuidador de lesões de pele e em manter a integridade da pele do paciente, o que requer preparo técnico-científico acerca da estrutura e das funções da pele, bem como sobre os fundamentos básicos de prevenção e tratamento de lesões.

2.2 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

São de responsabilidade do enfermeiro os cuidados com a manutenção da integridade da pele, sendo assim é incontestável que se desenvolva a assistência voltada para a prevenção e manutenção da pele íntegra e para tanto é essencial o conhecimento da anatomia e fisiologia deste órgão como base, tanto para a prevenção como no cuidado efetivo das lesões de pele (LOBOSCO *et al.*; 2008).

A pele é o maior órgão do corpo humano, representa 15% do peso corporal, recebe 1/3 da circulação sanguínea e tem espessura média de dois milímetros. É praticamente idêntica em todos os grupos étnicos humanos. Em alguns casos, agravos aparentemente simples contra a anatomia ou fisiologia podem provocar efeitos profundos (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007; IRION, 2010).

A pele tem como funções:

- Proteção (barreira);

- Contenção;
- Sensibilidade (informações ao cérebro);
- Armazenamento (15% da água total do corpo);
- Secreção de suor e sebo;
- Formação de vitamina D;
- Controle de Temperatura;
- Imunológico;
- Cosmética (imagem) (IRION, 2010; TEBCHERANI, 2011).

A pele é constituída por duas camadas germinativas diferentes: a ectoderme e a mesoderme. A ectoderme dá origem à epiderme, glândulas, unhas, pelos e estruturas neurais. A mesoderme dá origem à derme e ao tecido adiposo subcutâneo. Há ainda vários anexos, como folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebáceas (TEBCHERANI, 2011; JUNQUEIRA, 2004).

A epiderme é a camada mais externa da pele, sendo formada por várias camadas de células, tem origem ectodérmica, não vascularizada, consiste em um epitélio estratificado pavimentoso queratinizado. As células mais comuns são os queratinócitos, os melanócitos, as células de Langerhans e as de Merkel. Sua espessura varia conforme as diferentes partes do corpo. É composta por várias camadas, sendo elas: estrato córneo, estrato lúcido, estrato granuloso, estrato espinhoso e estrato basal (rica em células tronco, responsável pela coloração da pele e melanina). A epiderme não possui vasos sanguíneos, os nutrientes e oxigênio chegam à ela por difusão a partir de vasos sanguíneos da derme. Possui pH médio de 5,5 (ácido), podendo variar entre 4,5 e 6,0. Tem como principal função a de proteção (DEALEY, 2008; IRION, 2010; JUNQUEIRA, 2004).

A derme é a camada intermediária, localizada entre a epiderme e a hipoderme. É formada de tecido conjuntivo aonde se apoia a epiderme e une a pele ao tecido celular subcutâneo ou hipoderme, é mais espessa na superfície dorsal do corpo e na parte lateral dos membros. É muito fina em algumas partes. Apresentam vasos sanguíneos e linfáticos, terminações nervosas, glândulas, órgãos sensoriais e fibras proteicas que permitem a elasticidade e maior resistência da pele (DEALEY, 2008; IRION, 2010). É constituída por duas camadas: reticular (mais espessa, tecido conjuntivo fibroelástico; fibroblastos e histiócitos) e papilar (apresenta fibras

especiais de colágeno que contribuem para prender a derme à epiderme) (JUNQUEIRA, 2004).

Segundo Tebcherani (2011), a derme possui alguns anexos cutâneos que auxiliam nas funções da pele, sendo eles:

Folículo piloso: composto por pelo e por um canal que o exterioriza.

Glândula sebácea: acumula em suas vesículas o próprio citoplasma das células.

Glândula sudorípara: formada por túbulos que conduzem o suor para o lado externo da pele.

A hipoderme ou tecido celular subcutâneo é uma camada subepidérmica que não faz parte da pele, contém grandes vasos sanguíneos, linfáticos e nervos. É um tecido conjuntivo frouxo ou adiposo que faz conexão entre derme e a fáscia muscular. Mantém-se aderida à derme graças às fibras de colágeno e elastina, que conferem a ela uma estrutura de extrema maleabilidade. É constituída de células especializadas no armazenamento de gordura (os adipócitos) que formam o tecido adiposo. Atua como reservatório energético, isolamento térmico, proteção contra choques mecânicos, fixação dos órgãos, modelagem da superfície corporal e ajuda a pele a se mover sobre as estruturas adjacentes. Sua espessura varia segundo a localização, o sexo e a idade. A hipoderme representa cerca de 15% a 30% do peso corporal (DEALEY, 2008; IRION, 2010; OLIVEIRA, 2012).

A pele desempenha várias funções, dentre elas:

- Proteção das estruturas internas: a principal função da pele é proteger o organismo contra agressores externos; traumatismos mecânicos e manter a estabilidade interna, impedindo a perda de água, eletrólitos, proteínas e outras substâncias (IRION, 2010; OLIVEIRA, 2012).
- Percepção sensorial: por meio das inúmeras terminações nervosas existentes na pele, são conduzidos os estímulos externos para o cérebro, traduzidos em sensações térmicas, tato entre outras. É a sensibilidade que nos permite identificar os perigos e evitar os traumas (IRION, 2010; OLIVEIRA, 2012).
- Termorregulação: a regulação da temperatura da pele ocorre por diversos fatores, tais como: manutenção e regulação do débito sanguíneo; homeotermia que é o processo de vasoconstrição e vasodilatação; atuação das glândulas sudoríparas na prevenção e controle da evaporação de calor e perda de

água e eletrólitos; e ereção dos folículos pilosos, que retardam as trocas de calor (OLIVEIRA, 2012).

- Metabolismo: quando a pele é exposta à luz solar a vitamina D é sintetizada em uma reação fotoquímica, que é imprescindível para o metabolismo do cálcio e fósforo, os quais são essenciais para a saúde dos ossos e dentes (DEALEY, 2008).
- Absorção: alguns medicamentos podem ser absorvidos diretamente através da pele, chegando à corrente sanguínea. A velocidade e o grau de absorção dos medicamentos dependem de vários fatores como a fisiologia da pessoa tratada, das propriedades físicas e químicas e do manufaturamento do produto farmacológico (DEALEY, 2008).

Quando ocorre a lesão tissular, que está diretamente relacionada com alterações moleculares ou estruturais nas células, dá-se início à cicatrização da pele.

A cicatrização de feridas é um processo em constante estabelecimento e consiste em uma cascata organizada e complexa de eventos celulares, moleculares e bioquímicos, que interagem para a reconstituição do tecido. É um processo dinâmico, contínuo, complexo e interdependente, composto por fases sobrepostas, a fim de garantir a restauração tissular (MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

Existem diferentes classificações pelos autores para estas etapas, a mais completa divide o processo em cinco fases principais: hemostasia ou coagulação; inflamação; proliferação; contração da ferida; e maturação ou remodelagem.

Fase de hemostasia ou coagulação: o início é imediato após o surgimento da lesão e precede a inflamação. A ruptura concomitante dos vasos expõe o colágeno subendotelial às plaquetas e na ativação da parte intrínseca da cascata de coagulação. A formação do coágulo serve para unir as bordas das feridas, oferecendo uma matriz provisória para que os fibroblastos, células endoteliais e queratinócitos possam ingressar na ferida (MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

Fase inflamatória: consiste em reação local não específica à lesão do tecido e/ou invasão bacteriana, sendo uma resposta vascular e inflamatória ao trauma, que conduz à hemostasia e remoção de restos celulares e fagocitose de corpos estranhos e bactérias. Nessa fase, ocorre a produção de vários fatores como o de

crescimento, quimiotático para fibroblastos, pirógenos endógenos, H_2O_2 , ácido láctico, estímulo à angiogênese e estímulo à fibroplastia (DEALEY, 2008; IRION, 2010; MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

Fase proliferação: é a etapa responsável pelo “fechamento” da lesão propriamente dita, na qual ocorre a granulação e epitelização de lesão. É dividida em três sub etapas, sendo a reepitelização a primeira delas, onde ocorre a migração dos queratinócitos não danificados das bordas da lesão e dos anexos epiteliais. A segunda etapa inclui a fibroplastia onde os fibroblastos migram para o local da ferida a partir do tecido circundante e a formação da matriz, elementos importantíssimos na geração do tecido de granulação. E a última etapa é a angiogênese, essencial para o suprimento de oxigênio e nutrientes para a cicatrização. As células endoteliais proliferam a partir de vênulas intactas localizadas próximo da ferida e formam novos capilares (DEALEY, 2008; MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003; IRION, 2010).

Fase de contração da ferida: é o movimento centrípeto das bordas da lesão na espessura total, ocorrendo à redução do seu tamanho.

Fases de maturação e remodelagem: é um processo lento podendo se estender por meses, ocorre no colágeno e na matriz, é responsável pelo aumento da força de tensão e pela diminuição do tamanho da cicatriz e do eritema. Durante este processo, o colágeno é constantemente degradado e um novo é sintetizado. A cicatriz se achata gradualmente, tornando-se uma fina linha branca, podendo levar até um ano nas feridas fechadas, e muito mais tempo nas feridas abertas (DEALEY, 2008; IRION, 2010; MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

Os processos para a regeneração de feridas podem ocorrer por:

- 1ª intenção – ocorre a aproximação das bordas e pode ser obtida por sutura, colocação de grampos ou uso de adesivos. A epitelização tem início nas primeiras 24 horas e pode estar completa em 48 a 72 horas;
- 2ª intenção – quando a ferida cicatriza por si só;
- 3ª intenção – quando ocorre o preenchimento com elemento artificial ou reaviva e aproxima as bordas (IRION, 2010).

Existem vários fatores locais e gerais que interferem na cicatrização das úlceras e, dentre eles, destacam-se: tempo de evolução; localização anatômica; extensão e profundidade da lesão; pressão contínua sobre a área lesada; infecção; edema; agentes tópicos inadequados; tipo de pele; idade; etnia; estresse;

ansiedade; depressão; tabagismo; hemorragia; estado nutricional; estado imunológico; drogas; quimioterapia; irradiação; técnica cirúrgica utilizada; e, técnicas inadequadas de curativos (DEALEY, 2008; IRION, 2010).

Como desencadeante da cicatrização, ocorre a perda tecidual ou ferida, que é conceituada como: lesão tecidual, deformidade ou solução de continuidade, que pode atingir desde a epiderme até estruturas profundas como fâscias, músculos, cartilagens, tendões, ossos, órgãos cavitários e qualquer outra estrutura do corpo (GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR, 2008). Vindo daí a classificação de feridas pela sua espessura (MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

Ferida superficial é aquela em que somente a epiderme foi lesada.

Ferida com perda parcial de tecido ou de espessura parcial ocorre quando o epitélio e parte da derme são destruídos. A reparação faz-se pela reepitelização dos anexos epiteliais ou epitélio derivado da pele adjacente não acometido.

Ferida com perda total de tecido ou espessura total ocorre quando toda a epiderme e a derme são destruídas ou estendidas ao tecido celular subcutâneo, necessita da formação de um novo tecido e sua cicatrização é mais demorada (DEALEY, 2008; MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

As lesões de pele podem se desenvolver em consequência de uma agressão ao tecido vivo por: agentes físicos, químicos, térmicos ou biológicos. Podendo ocorrer também devido a distúrbios clínicos ou fisiológicos e fatores extrínsecos como: incisões cirúrgicas, lesões acidentais por corte ou trauma e fatores intrínsecos como: infecção, úlceras crônicas e vasculares, defeitos metabólicos ou neoplasias (GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR, 2008).

As feridas podem ser classificadas como:

- Feridas agudas: a cicatrização ocorre espontaneamente através da sua trajetória: inflamação, proliferação e maturação.
- Feridas crônicas: são lesões que não progridem através da sequência normal de restauração tecidual não ocorrendo a reparação dos processos anatômicos e funcionais. Podem decorrer de feridas agudas que sofreram uma dilatação do seu tempo de cicatrização por no mínimo quatro semanas. A cronicidade pode ocorrer por: infecção local; corpo estranho no leito de lesão; manejo inadequado; doenças sistêmicas descompensadas e medicamentos ou por uma falha na resposta da granulação, epitelização, redução de exsudatos e contração (GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR, 2008).

Podem também ser classificadas em:

- Assépticas ou sépticas;
- Fechadas ou abertas;
- Cirúrgicas ou traumáticas;

Pelo grau de contaminação

- Limpas;
- Potencialmente contaminadas (limpas contaminadas);
- Contaminadas;
- Infectadas (GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR, 2008).

Dentre as feridas crônicas, encontram-se as UP que ocorrem quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, por um prolongado período de tempo (IRION, 2010).

O mecanismo da isquemia tecidual na UP ocorre quando a pressão que é aplicada na pele por um determinado tempo é maior que a pressão capilar normal, que é de 32 mmHg nas arteríolas e de 12 mmHg nas vênulas. No paciente deitado no leito, a pressão exercida nas tuberosidades é cerca de 70 mmHg e no paciente sentado é de 300 mmHg (BORGES; FERNANDES, 2012).

Em razão da similaridade existente entre as classificações de UP foi desenvolvido pela EPUAP E NPUAP um sistema internacional de classificação, substituindo-se as palavras grau e estágio pelo termo neutro categoria, o que possibilitou uma designação não hierárquica (MARQUES; VIEIRA; PEREIRA, 2013).

A seguir apresenta-se a classificação de UP estabelecida pela NPUAP:

- Categoria I – Eritema não branqueável – Pele íntegra com eritema persistente não branqueável, geralmente sobre proeminência óssea.
- Categoria II – Perda parcial da espessura dérmica – Comprometimento parcial da pele, envolvendo epiderme e/ou derme. Apresenta-se clinicamente como abrasão, bolha ou úlcera superficial.
- Categoria III – Perda total da espessura da pele – Comprometimento total da pele com dano ou necrose do tecido subcutâneo. Úlcera profunda afetando ou não os tecidos adjacentes.
- Categoria IV – Perda total da espessura dos tecidos – Extensa destruição de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão (NPUAP/EPUAP, 2009).

O desenvolvimento de UP em pacientes hospitalizados tem sido apresentado como um dos indicadores negativos de qualidade da assistência. As intervenções preventivas relacionadas às UP são negligenciadas pela grande maioria dos profissionais da saúde que enfatizam as ações de tratamento e recuperação, fato que caracteriza um déficit da qualidade da assistência (MONTESINOS, 2011).

A mobilização da enfermagem na implantação de ações de prevenção de UP remete desde a década de setenta, quando vários pesquisadores construíram escalas preditivas para o risco de desenvolvimento de UP. Sendo as mais citadas, a de Norton, elaborada em 1970, de Gosnell, em 1973, Waterlow, em 1979 e a de Braden, em 1987, que é a mais utilizada nos EUA e no Brasil (LOBOSCO *et al.*, 2008).

Por sua vez, as úlceras vasculares, também conhecidas como úlceras de perna, são definidas como a perda da continuidade da pele nos membros inferiores, abaixo dos joelhos. Sua cicatrização é prolongada e a maioria é de origem venosa. São altamente recidivantes e frequentemente estão associadas a outras doenças como: *diabetes mellitus*, artrite, hipertensão arterial, hanseníase, entre outras. Elas podem causar dor, depressão, redução de movimentação, incapacidade para o trabalho, perda de autoestima e isolamento social, levando a transtornos individuais e/ou coletivos (DEALEY, 2008).

As feridas provocadas por insuficiência venosa crônica são muito comuns e também denominadas úlceras por estase venosa. Estima-se que a prevalência destas úlceras seja de 1% no mundo ocidental; geralmente a cura é lenta e com alta taxa de recorrência (IRION, 2010).

As úlceras de origem arteriais ocorrem quando há uma inadequada perfusão tecidual nos pés ou pernas, devido ao bloqueio completo ou parcial do fluxo sanguíneo arterial para os membros inferiores, resultando em isquemia e necrose; são mais difíceis de cicatrizar necessitando, muitas vezes, de intervenção cirúrgica para restabelecer o suprimento sanguíneo (DEALEY, 2008).

As úlceras neuropáticas são causadas por neuropatia periférica, em decorrência de algumas patologias de base que acometem os nervos periféricos como o *diabetes mellitus*, hanseníase, alcoolismo e outras. Os pacientes portadores dessas patologias podem desenvolver lesões das fibras autonômicas, sensitivas e

motoras. A pele torna-se seca, inelástica, podendo ocasionar fissuras, favorecendo o risco de infecção (IRION, 2010).

Ainda sobre as lesões de pele, pode-se citar os locais de inserção de cateteres e drenos, utilizadas como rotina em pacientes nos períodos pré, pós e transoperatórios. Sua inserção compromete a integridade da pele, necessitando de avaliação frequente e utilização de produtos adequados, de forma a não ocasionarem complicações, tais como infecção, laceração do local de inserção, entre outras. Drenos são materiais colocados no interior de uma ferida ou cavidade, visando drenagem de fluidos ou ar, evitando o acúmulo de secreções normais ou patológicas. Os cateteres são tubos de diversos materiais e calibres, tendo como função a infusão ou retirada de líquidos no organismo (BRUNNER; SUDDARTH, 2004).

Outra situação que compromete a integridade da pele, exigindo cuidados padronizados e especializados, são as estomias, orifícios abertos intencionalmente, através de intervenção cirúrgica, a fim de comunicar um órgão oco com a superfície corporal, geralmente para eliminação de efluentes com algum impedimento de eliminação por vias fisiológicas. Além do cuidado específico com a estomia, a pele periestomal necessita de atenção especial, por estar exposta a lesões importantes pelo contato com o efluente ou com o produto utilizado (CREMA; SILVA, 2007).

Segundo o consenso de diagnóstico e feridas da *World Union of Wound Healing Societies (WUWHS)*, princípios das melhores práticas (2008), o diagnóstico de uma lesão de pele é um processo pelo qual se identifica o transtorno a partir de sinais e sintomas do paciente e do exame realizado. Para um tratamento eficaz de lesão de pele, o diagnóstico deve: determinar a causa da lesão; identificar toda enfermidade concomitante ou complicação que contribua para a lesão ou retardo da cicatrização; avaliar o estado da lesão; e elaborar o plano de tratamento com uma concepção holística, ou seja, avaliando o paciente integralmente (WUWHS, 2008).

Montesinos (2011) ressalta a importância de registros de enfermagem bem elaborados e padronizados, englobando dados importantes a respeito da evolução da lesão de pele os quais facilitarão a classificação da lesão, bem como servirão de parâmetros para a verificação do tempo gasto pelo profissional para a execução do procedimento, cálculo de custos, entre outros.

As lesões de pele adquiridas durante o período de internação são consideradas complicações da assistência à saúde e, portanto constituem-se em risco à segurança do paciente.

2.3 SEGURANÇA DO PACIENTE

Atualmente os modelos de gestão de instituições de saúde tem como princípio a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a busca contínua pela melhoria, enfatizando a prevenção de danos com análises críticas sistemáticas e uso de ferramentas e indicadores sistêmicos (FELDMAN, 2009).

A expressão segurança do paciente mostra a necessidade do cuidado não resultar em danos ao paciente, sendo necessária a classificação e descrição das causas e razões para a sistematização e organização das estratégias de prevenção e redução da incidência de erros e eventos adversos. A base para a eficácia da intervenção é a segurança em todas as atividades de saúde (HARADA, 2009).

Os avanços científicos e tecnológicos associados ao aumento da complexidade da assistência estão diretamente relacionados ao aumento dos riscos (LEÃO *et al.*, 2008). Como também a relação entre diferentes serviços e a diversidade de profissionais em vários níveis de especialização, tornam as instituições de saúde como ambientes com alto risco para a ocorrência de eventos adversos e incidentes (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Ressalta-se a importância da distinção entre erro e evento adverso. Erro é uma falha na execução de uma ação planejada e evento adverso é uma complicação indesejada decorrente do cuidado prestado ao paciente que não advém da evolução natural da doença, ou seja, é um incidente com dano (MENDES *et al.*, 2008). O incidente ou quase perda, ocorre em decorrência do cuidado à saúde sem acarretar em dano mensurável ou prolongamento da internação (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

É importante destacar que nem todo evento adverso advém de erro, podendo ocorrer no diagnóstico, na terapêutica ou na instalação da profilaxia. Situações como atraso no diagnóstico, diagnóstico equivocado, uso de tecnologia ultrapassada, instituição inadequada de terapia clínica ou cirúrgica, atrasos na

interpretação de exames ou na instalação de terapêuticas, profilaxia inadequada, falhas na monitorização do tratamento, na comunicação, nos equipamentos ou sistemas, erro na identificação do paciente e nas diversas etapas da cadeia medicamentosa, são passíveis de ocorrências nas instituições de saúde e afetam a segurança do paciente (PETERLINI; FERREIRA; AKEMI, 2011).

Para se alcançar um modelo institucional de segurança do paciente é importante o apoio da liderança da organização desde a sua implantação até a vigilância, divulgação e acompanhamento dos resultados das práticas mais seguras. Sendo também necessário que ocorram mudanças na cultura e nos processos de trabalho para a redução dos riscos de eventos adversos (CAPUCHO, 2011).

A segurança do paciente é uma das dimensões para a qualidade em sistemas de saúde, destacando-se a medicina baseada em evidências a qual é fundamental para a melhoria da qualidade, pois permite medir a frequência com que os profissionais de saúde prestam cuidados compatíveis com as melhores evidências disponíveis (WACHTER, 2010).

Para que se alcance êxito nos programas de segurança do paciente é importante o estabelecimento de um comitê multidisciplinar, com os objetivos de coordenar e articular programas e atividades de prevenção de eventos adversos e promoção de uma cultura de segurança dos pacientes através de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de processos assistenciais (CAPUCHO, 2011).

Muitos destes programas são norteados pelas seis metas internacionais para a segurança dos pacientes estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), são elas:

1. Identificar os pacientes corretamente.
2. Melhorar a eficácia da comunicação entre as equipes.
3. Melhorar o gerenciamento de medicamentos de alto risco.
4. Eliminar cirurgias em membros ou em pacientes errados.
5. Reduzir os riscos de infecções hospitalares.
6. Reduzir os riscos de lesões aos pacientes decorrentes de quedas (LEÃO *et al*, 2008).

As organizações de saúde que almejam a melhoria contínua e a certificação por instituição acreditada devem ter, como foco central, os seus pacientes. Para tanto, são necessárias a valorização e a satisfação do paciente e de seus familiares

para que todos possam ter um cuidado seguro, humanizado e de excelência (MANZO *et al.*, 2012).

Os processos de certificação da qualidade visam à satisfação do cliente, redução de custos, aumento da produtividade, e avaliação dos processos para garantir um produto ou serviço com segurança. Das empresas acreditadoras que realizam estas certificações destacam-se em nível internacional a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) e, no território nacional, vinculada ao Ministério da Saúde, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) (LEÃO *et al.*, 2008).

Na visão de qualidade é necessário considerar, além das condições da estrutura física, recursos materiais, equipamentos e tecnologia, que os profissionais de enfermagem sejam qualificados técnica e cientificamente, em quantitativo numérico adequado, capacitados e supervisionados para a obtenção do cuidado de excelência (FELDMAN, 2009). Montesinos (2011) destaca ainda que a qualidade da assistência não depende somente de como ela é executada ou dos recursos utilizados, mas também de como o paciente avaliará a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde.

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente tem elaborado programas e diretrizes para a promoção da segurança do paciente, divulgando conhecimentos e desenvolvendo ferramentas para possibilitar a mudança da realidade no cenário mundial. Com o mesmo propósito, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) tem como finalidade promover e desenvolver programas de educação de profissionais da área e de fortalecimento da assistência de enfermagem, conforme as necessidades dos Estados e municípios (COREN-SP; REBRAENSP, 2010).

A REBRAENSP, em parceria com a Câmara Técnica do COREN-SP, elaboraram a cartilha 10 Passos para a Segurança do Paciente, com a finalidade de informar, esclarecer e orientar sobre aspectos relevantes para sustentar a assistência de enfermagem em princípios e fundamentos que promovam a segurança do paciente, sendo o passo 9, a prevenção de UP.

A Resolução da Diretoria Colegiada-RDC Nº 63, de 25 de novembro de 2011, estabelece que os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde: estejam fundamentados na qualidade, humanização da atenção e gestão, e redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente. Este

Regulamento Técnico se aplica a todos os serviços de saúde do País, públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo os que exercem função de ensino e pesquisa. No Capítulo I, Seção III, Art. 4º, alínea X – trata sobre a segurança do paciente: “conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde”. E no Capítulo II, Seção II, Da Segurança do Paciente, no Art. 8º, dispõe que o serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para a segurança do paciente, tais como: alínea III. Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde; e a alínea VII. Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão (IAG SAÚDE, 2012).

A Portaria Nº 529 de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), visa prevenir e reduzir incidentes que resultam em danos ao paciente nos serviços de saúde públicos e privados. O programa tem como ações: - A implementação de seis protocolos de segurança do paciente com foco nos problemas de maior incidência; - RDC da ANVISA que estabelece a instituição de Núcleos de Segurança do Paciente em todos os serviços de saúde do país e a obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos associados à assistência do paciente ocorridos nestes estabelecimentos; - edital de chamamento público do setor produtivo da saúde para proposição de medidas de ampliação da segurança dos pacientes em serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Os seis protocolos de segurança do paciente orientarão os profissionais para assegurar o manejo mais seguro dos pacientes nos serviços de saúde. São eles:

- Cirurgia segura
- Prática de higiene das mãos em serviços de saúde
- Prevenção de úlceras por pressão
- Prevenção de quedas em pacientes hospitalizados
- Identificação do paciente
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos

(BRASIL, 2013).

O programa também estabelece a criação do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). Composto por representantes do governo, da sociedade civil, de entidades de classe e das

universidades, tem por objetivo promover e apoiar iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção à saúde (BRASIL, 2013).

A ANVISA publicou no dia 26 de julho de 2013, no Diário Oficial da União, a Resolução da Diretoria Colegiada de número 36, a RDC 36/2013, que determina a criação do Núcleo de Segurança do Paciente em estabelecimentos assistenciais de saúde no País. Institui as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. A resolução esteve em consulta pública durante trinta dias e recebeu 457 contribuições.

Os serviços de saúde deverão, em um prazo de 120 dias, a partir da data de publicação da RDC 36/2013, estruturar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que desenvolverá um Plano de Segurança do Paciente (PSP), baseado na melhoria contínua dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Em consonância com o artigo 8º da RDC – ANVISA nº 36/2013 o plano de segurança do paciente deverá apresentar as estratégias, protocolos e indicadores para as seguintes atividades:

- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- Integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
 - Identificação do paciente;
 - Higiene das mãos;
 - Segurança cirúrgica;
 - Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
 - Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
 - Segurança no uso de equipamentos e materiais;
 - Registro do uso de órteses e próteses;
 - Prevenção de quedas;
 - Prevenção de úlcera por pressão;
 - Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
 - Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;

- Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde;
- Estímulo à participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- Promoção do ambiente seguro.

Os eventos adversos deverão ser notificados pelo núcleo (NPS), por meio de ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA, no prazo de quinze dias após a ocorrência, com exceção dos que resultarem em morte que deverão ser notificados em até 72 horas. Úlcera por pressão é um dos eventos que se enquadra como decorrente da prestação de serviços de saúde que deve ser notificado.

A RDC 36/2013 estabelece que as notificações sejam iniciadas em 150 dias a partir da publicação. Aplica-se aos serviços de saúde públicos e privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem atividades de ensino e pesquisa.

Visando a promoção da segurança do paciente e a comunicação entre a equipe, paciente e instituição, os serviços de enfermagem devem eleger os instrumentos e técnicas a serem por eles utilizados. Os instrumentos de notificação de EAs além de banco de dados constituem-se em importante fonte de informação para o gerenciamento da assistência de enfermagem e promoção da segurança hospitalar (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010)

Nos serviços de saúde, a ocorrência de lesões de pele tem grande relevância, pois causam transtornos para os pacientes e seus familiares como também para o sistema de saúde, prolongando as internações e aumentando os riscos de infecção e outros agravos.

O gerenciamento do cuidado de feridas crônicas requer dos profissionais habilidades para a identificação e aplicação adequadas de tecnologias e intervenções seguras e eficazes, amparadas por evidências. Entretanto, os avanços das pesquisas baseadas em evidências para a prevenção de lesões de pele tem sido lentos (VAN RIJSWIJK; GRAY, 2012).

Estratégias de prevenção são as principais ferramentas no gerenciamento do cuidado ao paciente com risco de desenvolver lesões de pele, sendo necessário, portanto sua ampla divulgação com o objetivo de aplicação universal para aumentar as recomendações em evidências (HEBDA, 2008).

A formação e capacitação contínua de profissionais de saúde em prevenção, diagnóstico e tratamento de lesões de pele e a prática baseada em protocolos

adequados são determinantes para o controle e otimização de custos (VAN RIJSWIJK; GRAY, 2012).

As instituições de saúde que visam a qualidade devem ter como meta a segurança do paciente e do cliente interno, para tanto se faz necessário constituir um sistema de gerenciamento de risco que envolva a prevenção, detecção e a redução do risco.

2.4 GESTÃO DE RISCO

Em todo o mundo vêm se constituindo como um problema de saúde pública os riscos a que os pacientes e profissionais estão expostos nas instituições de saúde como também a dificuldade de controlá-los de forma segura, levando a altas taxas de eventos adversos. Para preveni-los é necessário o desenvolvimento de um sistema de segurança focado no cliente (SILVA; TEIXEIRA; CASSIANI, 2009).

Gestão de risco é um processo que visa prevenir qualquer evento anormal dentro da instituição e quando este ocorrer deve-se seguir um planejamento. O projeto de gestão de risco baseia-se em fundamentos e boas práticas de gerenciamento e segurança para contribuir nas tomadas de decisões estratégicas, e engloba um processo organizado e recursivo de documentação, avaliação e decisão durante todo o desenvolvimento do projeto de gestão (FELDMAN, 2009).

Para se efetivar a gestão de risco, é necessário a aplicação contínua de políticas, condutas, procedimentos, avaliação e controle de riscos e eventos adversos os quais afetam a segurança, a integridade e a saúde humana (FELDMAN, 2004).

O fator humano é responsável pela ocorrência dos principais EAs, pois o ser humano é falível por natureza. Seu desempenho pode ser afetado pelo estresse, fadiga, fome, doença, fatores de linguagem ou cultural e atitudes perigosas. Estes fatores podem levar a graves consequências para os pacientes nos serviços de saúde (BRANCO FILHO, 2011).

Desenvolver uma cultura de prevenção de erros através do conhecimento das circunstâncias, processos e produtos que levam ao erro, é o primeiro passo para

se reduzir a ocorrência dos mesmos. Para a melhoria da segurança algumas ações básicas devem ser adotadas:

- Uso de *check-lists* e protocolos;
- Melhoria da qualidade dos registros e dos mecanismos de informação e comunicação;
- Padronização de procedimentos e condutas;
- Inclusão do paciente e seus familiares na confirmação de dados;
- Desenvolvimento de uma cultura de segurança (CAPUCHO, 2011).

Segundo Feldman (2009), não se pode refletir sobre gestão de risco em instituições de saúde sem abordar a qualidade na assistência.

No que se refere ao conceito de qualidade é o atendimento aos padrões técnicos estabelecidos e a capacidade de satisfazer o cliente no atendimento das suas necessidades de forma segura, confiável e no tempo certo (PALADINI, 2010). Para se alcançar metas de qualidade assistencial é necessária uma formação essencial dos profissionais de saúde e gestores bem como constituir a cultura sobre a segurança do paciente nos serviços de saúde (MONTESINOS, 2011).

A gestão de risco deve ser integrada à filosofia de gestão da organização, devendo ser também multidisciplinar visando minimizar ou eliminar os fatores potenciais de perigos, riscos e eventos que podem causar danos aos pacientes, profissionais e meio ambiente (FELDMAN, 2009).

A primeira etapa da gestão de risco consiste na avaliação de risco através da identificação de perigo, avaliação da relação dose-resposta, de exposição e a caracterização de riscos, que levarão à elaboração de estratégias para a gestão de riscos (LEÃO *et al.*, 2008).

As ferramentas para o mapeamento de risco no processo de gestão são: corpo técnico e habilitado; protocolos assistenciais e; notificações dos EAs.

Corpo técnico: para que os serviços de saúde possam introduzir as ferramentas de gestão de risco é necessária uma nova abordagem na gestão de pessoas que procurem não somente profissionais com boa formação e habilitados, mas que sejam comprometidos e envolvidos com os objetivos e metas da instituição, reduzindo cada vez mais os riscos para o cliente (CUNHA, 2008).

Protocolos assistenciais: o protocolo é um instrumento que serve de apoio para os profissionais na atuação e tomada de decisão frente às situações de

promoção, prevenção e recuperação da saúde, proporcionando opções de atuação limitando assim a subjetividade e a improvisação e também os riscos da ocorrência de eventos adversos (MONTESINOS, 2011).

Notificações: um dos pontos críticos na gestão de riscos é a notificação dos EAs, que muitas vezes estão atreladas às ações ou omissões de pessoas. O sistema de segurança deve privilegiar a responsabilidade e o comprometimento profissional e não ter caráter punitivo, objetivando prestar uma assistência livre de riscos ou falhas (LEÃO, *et al.*, 2008).

Segundo a OMS, são características desejáveis para sistemas de notificação:

- Ser não punitiva;
- Garantir a confidencialidade;
- Ser independente;
- Realizar análise por especialistas;
- Ter agilidade na análise e na divulgação das recomendações;
- Manter o foco no sistema;
- Ter sensibilidade (CAPUCHO, 2011).

Após o recebimento das notificações é de suma importância a tomada de ações acerca do problema, servindo de aprendizado para a prevenção e reincidência de eventos adversos. Os programas de segurança do paciente não devem se concentrar somente na notificação de erros em saúde por ser um método reativo de lidar com o problema (CAPUCHO, 2011).

Não fazer o mal ou não provocar o mal ao próximo diz respeito ao princípio da não maleficência, que no caso dos profissionais da saúde, particularmente aos da enfermagem refere-se ao cuidado humanizado com responsabilidade, profissionalismo e principalmente livre de danos (ROEHRS; MALAGUTTI, 2011).

A tecnologia na enfermagem está relacionada aos princípios éticos na definição quanto ao seu emprego, manipulação e efetivação somando conhecimentos ao processo de trabalho do cuidado. Deve também ser de fácil manejo e apresentar segurança nos procedimentos garantindo a execução correta do cuidado e dificultando os erros (CROZETA *et al.*, 2010).

Para que a enfermagem preste uma assistência segura e ética é fundamental que o profissional conheça a legislação, direitos e obrigações inerentes

ao seu exercício profissional, como também basear as suas decisões em princípios da ética e bioética (ROEHRS; MALAGUTTI, 2011).

O cuidado de enfermagem ao paciente com lesão de pele é complexo e deve ter como meta a cura, prevenção de novas lesões, melhora da qualidade de vida e conforto do paciente. Deve ser executado somente por profissionais capacitados e habilitados, bem como ser fundamentado nos princípios éticos e legais (ROEHRS; MALAGUTTI, 2011).

3 MÉTODO

A proposta desse item é discorrer a respeito da estrutura metodológica utilizada para o desenvolvimento da pesquisa, tanto em sua etapa diagnóstica, quando se buscou o diagnóstico situacional a respeito da temática, como na sua etapa de pesquisa documental, com relação às etapas de implantação da comissão.

As etapas metodológicas para a implantação da Comissão de Cuidados com a Pele foram conduzidas da seguinte forma:

A primeira etapa foi a diagnóstica, permitiu a obtenção de informações sobre a gestão, caracterização das unidades de internação da instituição quanto ao número de leitos, especialidades atendidas nestas unidades, número de profissionais de enfermagem. Forneceu também informações sobre a prática do enfermeiro relacionada a lesões de pele, os conhecimentos dos mesmos sobre ferramentas de gestão da qualidade e segurança do paciente, os conhecimentos e práticas relacionadas às lesões de pele, tanto na prevenção quanto no tratamento, e quais as lesões mais frequentes nas unidades de internação.

Diversos aspectos foram levantados ao longo deste processo para que ficassem mais claros os conceitos de feridas, lesões de pele e UP. A partir das informações recolhidas sobre a problemática serão elaborados os protocolos clínicos para prevenção e tratamento de lesões cutâneas específicas para atender as necessidades da população, como também para o desenvolvimento de programas de capacitação na temática.

A segunda etapa foi a de intervenção subsidiada por pesquisa documental compreendeu a implantação da comissão de cuidados com a pele, com a principal finalidade de instrumentalizar as ações dos profissionais e sistematizar a assistência de prevenção e tratamento de lesões de pele aos pacientes internados, suprimindo deficiência existente na instituição.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, integrante de um projeto de pesquisa denominado “Gerenciamento de risco e educação permanente: inovação tecnológica em feridas”, desenvolvido no Grupo de Pesquisa Tecnologia e Inovação em Saúde.(TIS).

A pesquisa descritiva é um delineamento da realidade, pois descreve as condições atuais, as necessidades e como alcançar o resultado (GAUTHIER *et al*, 1998). Segundo Gil (2009), a descrição das características de uma determinada população é o principal objetivo da pesquisa descritiva. São também as mais utilizadas por pesquisadores preocupados com a prática

Como método de procedimento foi desenvolvida uma pesquisa documental.

[...] na pesquisa documental, as fontes são muito mais diversificadas e dispersas. Há, de um lado, os documentos “de primeira mão”, que não receberam nenhum tratamento analítico. Nesta categoria estão os documentos conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas, tais como associações científicas, igrejas, sindicatos, partidos políticos etc. Incluem-se aqui inúmeros outros documentos como cartas pessoais, diários, fotografias, gravações, memorandos, regulamentos, ofícios, boletins etc. De outro lado, há os documentos de segunda mão, que de alguma forma já foram analisados, tais como: relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas etc. [...] A pesquisa documental apresenta uma série de vantagens. Primeiramente, há que se considerar que os documentos constituem fonte rica e estável de dados. Como os documentos subsistem ao longo do tempo, tornam-se a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica. (GIL, 2009, p.46).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um hospital de ensino de grande porte, de média e alta complexidade, de Curitiba, mediante comunicação prévia e devida autorização. É uma Instituição Pública Federal e o terceiro hospital universitário do País. A população atendida compõe, em média, 60.920 pacientes, 1.464 internações e 837 cirurgias mensais (REVISTA DO HOSPITAL, 2011).

É referência mundial em Transplante de Medula Óssea, Gestação de Alto Risco, Gestantes HIV e Mulheres Vítimas de Violência Sexual para o Estado do

Paraná, além de ser credenciado como centro de referência para exploração e tratamento cirúrgico de epilepsia pelo Sistema Único de Saúde. O Serviço de Infectologia Adulto é referência do Ministério da Saúde para encaminhamento de pacientes portadores de doenças transmissíveis, frente a riscos de epidemias e pandemias. A Hemato-Oncopediatria é centro de referência para atendimento de recém-nascidos triados com hemoglobinopatias pela Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional, pelo “teste do pezinho”. Também é referência para o tratamento de doença de Gaucher. A Instituição é centro de referência em transplante hepático e no tratamento de hipotireoidismo congênito e fenilcetonúria em crianças (REVISTA DO HOSPITAL, 2011).

O Hospital dispõe de 261 consultórios e 510 leitos distribuídos em 25 unidades de internação nas áreas clínica, cirúrgica, pediátrica e maternidade totalizando 59 especialidades. O seu órgão máximo deliberativo, consultivo e fiscal é o Conselho de Administração (COAD) (HC/UFPR, 2012).

No planejamento estratégico da instituição para 2001/2012, foi incluída a mudança da gestão para um modelo colegiado e mais participativo com a implantação gradativa de Unidades Gerenciais, que reúne serviços e especialidades pela linha de cuidado, totalizando cinco Unidades Gerenciais Administrativas e dezesseis Unidades Gerenciais Assistenciais.

Em 2002, deu início na Instituição o Programa de Acreditação que teve como meta a certificação da instituição como Hospital Acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). A partir deste Programa foi criada em 2010 a Assessoria de Gestão da Qualidade (AGQ), com a função de assessorar e realizar consultoria interna, desenvolver atividades relacionadas à política da qualidade, ao planejamento e coordenação dos processos da qualidade e à educação e treinamentos voltados para a melhoria da gestão na instituição. O trabalho da AGQ está fundamentado em três programas: Programa de Segurança do Paciente, Programa de Acreditação e Programa 5S. Em agosto de 2011, a Instituição recebeu o Certificado de Hospital Acreditado Nível 1 pela ONA (REVISTA DO HOSPITAL, 2011).

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A amostra foi constituída por enfermeiros responsáveis pelos serviços de enfermagem das unidades de internação.

A equipe de enfermeiros é composta de duzentos e sessenta e seis profissionais, distribuídos em funções: assistenciais, chefias de serviços de enfermagem, gestão da qualidade, membros de comissões e comitês e administrativas.

Para definir a amostra desse estudo foram estabelecidos os seguintes critérios de elegibilidade:

Inclusão: Responsáveis pelos serviços de enfermagem das unidades de internação existentes no hospital de ensino, ou seu substituto.

Exclusão: Profissionais responsáveis por serviços de enfermagem ambulatoriais, centros cirúrgicos, centro de materiais, serviços de apoio e diagnóstico, supervisores de enfermagem das Unidades gerenciais e enfermeiros desempenhando atividades administrativas.

Após a aplicação desses critérios, a amostra, necessária para a etapa diagnóstica foi composta por vinte e cinco componentes, sendo que todos aceitaram participar da pesquisa.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o registro NºCONEP/CAAE:07555012.8.0000.0102, por atender as premissas das Resoluções Éticas Brasileiras, e em especial a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO 1).

A realização da pesquisa foi precedida da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) pelos participantes da etapa diagnóstica.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu em etapas, sendo elas:

3.5.1 Etapa I – Diagnóstica

Foi desenvolvida no mês de janeiro de 2013, por meio de uma entrevista semiestruturada pré-agendada. Buscou-se a realização de um diagnóstico situacional voltado a conhecer como é efetuada a notificação e o acompanhamento das lesões de pele, a existência ou não de protocolos para a prevenção e o tratamento dessas lesões e sobre a existência de capacitação sobre a temática dos profissionais de enfermagem na instituição.

3.5.1.1 Agendamento

Foi realizado por meio de contato telefônico prévio com o entrevistado, sendo agendado o dia e horário da entrevista, conforme sua disponibilidade, no seu local de trabalho.

3.5.1.2 Instrumento de coleta de dados

Para as entrevistas, elaborou-se instrumento específico para a coleta de dados, contendo 30 questões, 13 fechadas e 17 abertas. Sendo divididas da seguinte maneira: quatro questões sobre dados da instituição, duas sobre a equipe de enfermagem, sete sobre acreditação, gestão de risco e evento adverso, 12 sobre úlcera por pressão e outras lesões, quatro sobre capacitação e educação

permanente e uma sobre sistematização da assistência de enfermagem (APÊNDICE 2).

3.5.1.3 Aplicação

Dividiu-se o número total de participantes entre duas entrevistadoras sendo elas, a autora desta pesquisa e a mestranda autora de pesquisa integrante do mesmo grande projeto de pesquisa já citado.

As entrevistas deram-se nos dias e horários pré-agendados em sala reservada no local de trabalho de cada entrevistado, preservando a privacidade dos participantes e com duração em média de 30 minutos. Primeiramente, houve uma breve explanação sobre a pesquisa e de como ocorreria a entrevista. Na sequência, havendo concordância na participação do estudo, entregou-se o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para leitura, preenchimento e assinatura, ficando uma cópia para o entrevistado e outra arquivada pelo entrevistador.

As questões foram lidas pelo entrevistador, uma de cada vez. As respostas foram dadas oralmente pelo entrevistado, enquanto eram transcritas no formulário pelo entrevistador ou, em alguns casos, pelo próprio participante.

3.5.2 Etapa II – Intervenção – Pesquisa documental

As fontes de dados utilizadas nesta etapa foram documentos institucionais, tais como: atas da Comissão de Cuidados com a Pele; atas do núcleo estruturador; e dos subgrupos; ata do Conselho Diretor do Hospital de Ensino; Regimento interno da Comissão; relatórios; impressos; ofícios e portarias.

A pesquisa documental foi desenvolvida de fevereiro de 2012 a julho de 2013, utilizando as fontes produzidas neste período.

3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da fase diagnóstica foram tabulados em planilhas eletrônicas e analisados quantitativamente e qualitativamente de forma descritiva e agrupados da seguinte forma: caracterização das unidades de estudo, descrição da prática de enfermagem, conhecimentos sobre ferramentas de gestão da qualidade e segurança do paciente, conhecimentos e práticas relacionadas a lesões de pele.

Os documentos foram utilizados como fonte de dados à medida que foram produzidos pelas diferentes instâncias administrativas e setores do hospital.

As fontes de dados foram codificadas conforme está apresentado no Quadro 1. Os dados foram agrupados em categorias que guardavam significados sobre a descrição de implantação da Comissão, a saber: negociação, estruturação, documentação e implementação.

CODIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS	DOCUMENTOS
A/GT ₁ /12 A/GT ₂ /12 A/GT ₃ /12 A/GT ₄ /12	Atas (Registro de orientações em serviço – equipe – deliberações) do grupo de trabalho da comissão de feridas. .
A/NE ₁ /12 A/NE ₂ /12 A/NE ₃ /12 A/NE ₄ /12 A/NE ₅ /12 A/NE ₆ /12 A/NE ₇ /12 A/NE ₈ /12 A/NE ₉ /12 A/NE ₁₀ /12 A/NE ₁₁ /12 A/NE ₁₂ /12	Atas (Registro de orientações em serviço – equipe – deliberações) do núcleo estruturador. .

QUADRO 1 - CODIFICAÇÃO DOS DIFERENTES DOCUMENTOS UTILIZADOS COMO FONTE DE DADOS (continua)
FONTE: A AUTORA (2013)

CODIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS	DOCUMENTOS
A/NE ₁₃ /12 A/NE ₁₄ /12 A/NE ₁ /13 A/NE ₂ /13 A/NE ₃ /13 A/NE ₄ /13 A/NE ₅ /13	
A/CCP ₁ /12 A/CCP ₂ /12 A/CCP ₃ /12 A/CC ₄ /12 A/CCP ₅ /12 A/CCP ₁ /13 A/CCP ₂ /13 A/CCP ₃ /13 A/CCP ₄ /13 A/CCP ₅ /13 A/CCP ₆ /13	Atas (Registro de orientações em serviço – equipe – deliberações) da Comissão de Cuidados com a Pele.
A/SGFC ₁ /12 A/SGFC ₂ /12 A/SGFC ₃ /12 A/SGFC ₄ /12 A/SGFC ₅ /12 A/SGFC ₆ /12 A/SGFC ₇ /12 A/SGFC ₈ /12	Atas (Registro de orientações em serviço – equipe – deliberações) do subgrupo de feridas crônicas.
A/SGFA ₁ /12 A/SGFA ₂ /12 A/SGFA ₃ /12 A/SGFA ₄ /12 A/SGFA ₅ /12	Atas (Registro de orientações em serviço – equipe – deliberações) do subgrupo de feridas agudas.

QUADRO 1 – CODIFICAÇÃO DOS DIFERENTES DOCUMENTOS UTILIZADOS COMO FONTE DE DADOS (continuação)
FONTE: A AUTORA (2013)

CODIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS	DOCUMENTOS
A/SGCD ₁ /12 A/SGCD ₂ /12 A/SGCD ₃ /12	Atas (Registro de orientações em serviço – equipe – deliberações) do subgrupo de cateteres e drenos.
A/SGE ₁ /12 A/SGE ₂ /12	Atas (Registro de orientações em serviço – equipe – deliberações) do subgrupo de estomias.
A/CAT/DE/04 A/CAT/DE/32	Atas de reuniões ordinárias do Colegiado Assessor Técnico da Diretoria de Enfermagem.
A/CODIR/429 A/CODIR/430	Atas de reuniões ordinárias do CODIR/Colegiado Gestor
DPE/DE	Relatório do dimensionamento dos profissionais de enfermagem realizado pela Diretoria de Enfermagem em conjunto com a Unidade de Administração de Pessoas em 2011
PREPROJ/11	Pré-projeto “Implantação de Comitê para Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão em um Hospital de Ensino”
PROJ/CCP/12	Projeto da Comissão de Cuidados com a Pele.
P198/2012/DGHC	Portaria da Direção Geral
OF.15/12/DE OF 171/12/DE OF.172/12/DE OF.39/13/DE	Ofícios.
SPM ₁ /13 SPM ₂ /13 SPM ₃ /13	Solicitação de padronização de materiais/produtos.

QUADRO 1 – CODIFICAÇÃO DOS DIFERENTES DOCUMENTOS UTILIZADOS COMO FONTE DE DADOS (continuação)
FONTE: A AUTORA (2013)

CODIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS	DOCUMENTOS
TAB/COD/PRO	Tabela de códigos dos procedimentos SUS.
ICD	Instrumento de coleta de dados de cateteres e drenos.
RE/ATV/12	Relatório de atividades desenvolvidas pela CCP em 2012.
RMP	Relatório mensal de produtividade emitido pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIH).
RI/CCP/13	Regimento interno da CCP.
F/PAF	Ficha de primeira avaliação de feridas
F/AEF	Ficha de acompanhamento e evolução de feridas.
FLUXG	Fluxograma de avaliação.
POP/ PREV/UP	Procedimento operacional padrão de prevenção de úlcera por pressão.

QUADRO 1 – CODIFICAÇÃO DOS DIFERENTES DOCUMENTOS UTILIZADOS COMO FONTE DE DADOS (conclusão)
 FONTE: A AUTORA (2013)

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados e discutidos os resultados da etapa diagnóstica e da implantação da Comissão.

4.1 ETAPA I - DIAGNÓSTICA

Foram realizadas 25 entrevistas com um enfermeiro de cada serviço de enfermagem das unidades de internação. O instrumento de coleta de dados para esta etapa foi estruturado com fins de conhecer e caracterizar a instituição estudada e realizar diagnóstico da situação atual com relação à prevenção e tratamento de lesões de pele (APÊNDICE 2).

Os resultados estão apresentados na seguinte ordem: caracterização das unidades de estudo, descrição da prática de enfermagem, conhecimentos sobre ferramentas de gestão da qualidade e segurança do paciente, conhecimentos e práticas relacionadas a lesões de pele.

4.1.1 Caracterização das Unidades estudadas

Os resultados apresentados na Tabela 1 caracterizam as unidades de internação quanto ao número de leitos ativos e na Tabela 2 as especialidades atendidas.

TABELA 1 – NÚMERO DE LEITOS ATIVOS NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DO HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA (PR), 2013.

Nº DE LEITOS ATIVOS	Nº DE UNIDADES	(%)
05 a 10	01	4
11 a 15	12	48
16 a 20	04	16
21 a 25	03	12
26 a 30	03	12
31 a 35	0	0
36 a 40	02	8

FONTE: A AUTORA (2013)

Com relação ao número de leitos das unidades de internações do hospital do estudo, observou-se que das 25 unidades estudadas, 12 (48%) possuíam entre onze a quinze leitos ativos.

Verificou-se que a maioria das unidades atendem pacientes portadores de afecções clínicas e cirúrgicas. Destaca-se que em algumas unidades são atendidas mais de uma especialidade, com número de leitos diferenciados, mas partilham o mesmo espaço físico e a mesma equipe de profissionais de enfermagem (TABELA 2).

TABELA 2 – ESPECIALIDADES ATENDIDAS NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DO HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA (PR), 2013.

ESPECIALIDADES	Nº DE UNIDADES	%
CLÍNICA	12	40
CIRÚRGICA	10	37
PEDIATRIA	06	20
MATERNIDADE	01	3

FONTE: A AUTORA (2013)

Obs.: As áreas críticas estão incluídas nas unidades clínicas e pediátricas.

Considerando que a operacionalização da comissão de cuidados com a pele precisará contar com o apoio e envolvimento dos profissionais da equipe de enfermagem, responsáveis pelo cuidado ao paciente, buscou-se quantificar o número de profissionais existentes. Considerar os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem por unidade estudada vislumbra os participantes em potencial do futuro protocolo de prevenção e tratamento de lesões de pele e considerá-los é fundamental nas estratégias da implantação.

Em relação ao número de enfermeiros nas 25 unidades de internação estudada, verificou-se o predomínio de dois enfermeiros por unidade (n=7, 28%), fato que se explica pelo seu funcionamento, um no período da manhã e um no da tarde. Considerou-se para análise o número de profissionais de enfermagem e

constatou-se que a maioria das unidades possui entre onze e quinze auxiliares e técnicos de enfermagem (n=10, 40%) para cobertura dos três turnos, conforme demonstra a Tabela 3.

TABELA 3 – NÚMERO DE AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM POR UNIDADE DE INTERNAÇÃO NO HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA (PR), 2013.

Nº DE AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	Nº DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO	(%)
05 a 10	02	8
11 a 15	10	40
16 a 20	07	28
21 a 25	02	8
26 a 30	0	0
31 a 35	0	0
36 a 40	0	0
41 a 45	01	4
46 a 50	02	8
50 a 55	01	4

FONTE: A AUTORA (2013)

A Diretoria de Enfermagem em conjunto com a Unidade de Administração de Pessoas desta instituição, realizou em 2011 o dimensionamento dos profissionais de enfermagem baseado no grau de complexidade dos pacientes. A metodologia utilizada foi: 1 – levantamento do grau da complexidade pelo sistema de classificação de pacientes com a utilização dos instrumentos de Fugulin (2007), *Nursing Activities Score-NAS* (2002), DINI (2008) e Possari (2009); 2 – Resolução do COFEN-293/2004 para o cálculo de horas de enfermagem. Concluiu-se com o dimensionamento realizado que o número de enfermeiros e de auxiliares e técnicos de enfermagem na maioria das unidades de internação da instituição está aquém do ideal para o número de leitos, levando-se em consideração a carga de trabalho e sistema de classificação de pacientes, entre outros fatores (DPE/DE).

Considerar que o número de profissionais está abaixo dos recomendados por estudos e normativas se fez necessário por ocasião da implantação e funcionamento das atividades da Comissão.

4.1.2 Prática do Enfermeiro relacionada a lesões de pele

Os portadores de feridas internados em instituições hospitalares tornam-se uma preocupação a mais para a equipe de saúde, em virtude do constante risco de infecções por ser uma porta de entrada de micro-organismos (BACK; BENEDET; SOARES, 2011).

A avaliação da pele é realizada pelo enfermeiro e o cuidado deve ser realizado por toda a equipe de enfermagem. Pesquisas clínicas na saúde e enfermagem atualizam as práticas clínicas e propõem tecnologias relevantes para a prevenção e tratamento de lesões. Dessa forma, apesar da preocupação com a temática fez-se fundamental saber a prática do enfermeiro correlacionada a lesões de pele dos pacientes sob sua responsabilidade.

No que diz respeito às ações referidas pelo enfermeiro para a prevenção de UP e outras lesões, os resultados demonstram que a mudança de decúbito foi a mais frequente, citada por vinte e dois (88%) participantes, seguida pela hidratação da pele citada por oito (32%) participantes, já a de retirar o paciente do leito esteve referida por seis (24%) participantes. Os itens: manter a roupa de cama esticada, observação e/ou avaliação das áreas de risco e aplicação de ácido graxo essencial (AGE) nas regiões de risco obtiveram cinco (24%) manifestações dos participantes. A colocação de colchão de ar e o uso do colchão pneumático foram citados por quatro (16%) enfermeiros.

Foram relatadas outras ações, como: orientações ao paciente, acompanhante e equipe; curativo profilático; uso mínimo de fitas adesivas; nutrição; massagem; uso de coxim; colchão caixa de ovo; proteção das proeminências ósseas; proteger contra umidade; higiene com chá de camomila; trocas frequentes de fraldas; uso de roda de conforto; realização de banho de aspersão; uso de óleo mineral; pomadas com óxido de zinco e vitamina C; uso de travesseiros; e luvas cheias de água para proteção de áreas de risco.

Sobre as ações realizadas ao detectar a UP (tratamento) e outras lesões de pele, citou-se: troca de curativos por 11 (44%) enfermeiros, mudança de decúbito por oito (32%) participantes, uso de ácido graxo essencial (AGE) por sete (28%) participantes e avaliação frequente e acompanhamento das lesões por quatro (16%) participantes.

Outras ações referidas: utilização de colchão pneumático; uso de curativos especiais; manutenção das medidas preventivas; tratamento; uso de soro fisiológico aquecido; aplicação de compressas; realização de massagem; uso de coxins; exame físico; utilização de roda de conforto; manter a área limpa e seca; realização de medidas de conforto; aliviar a pressão; troca frequente de fraldas; uso de pomadas; hidratação da pele.

O profissional enfermeiro possui um papel importante em conjunto com a equipe multiprofissional na prevenção e no cuidado aos pacientes portadores de lesões de pele, na busca de estratégias de prevenção, avaliação e tratamento, visando promover a cicatrização e minimizar complicações e/ou comprometimentos. É importante salientar que a prevenção é um dos princípios da enfermagem.

Nesse contexto, ressalta-se a importância de uma avaliação sistemática e do monitoramento constante da pele dos pacientes internados, como medida preventiva visando à redução dos problemas de integridade da pele (AQUINO; CHIANCA; BRITO, 2012), mesmo assim esta ação foi citada por somente cinco participantes do estudo.

As medidas preventivas mais citadas pelos enfermeiros foram a mudança de decúbito e a hidratação da pele, o que corresponde com as recomendações da NPUAP/EPUAP. A mudança de decúbito em períodos menores que duas horas e a utilização de colchões específicos são aconselhados como medidas para aliviar a pressão em pacientes acamados, que é um fator de risco dominante para UP, como também a pele seca é um risco para o desenvolvimento tanto de UP como de outras lesões de pele (NPUAP/EPUAP, 2009).

Outra medida preventiva importante para manter as propriedades mecânicas e a função de regular a temperatura da pele, é a proteção da pele contra umidade, principalmente a urina e as fezes. A umidade torna a pele vulnerável ao desenvolvimento de dermatite associada a incontinência (DAI) e à ocorrência de UP (CHIMETÃO;DOMANSKY, 2012). Reconhecer os pacientes vulneráveis e quais fatores potencializam o risco de desenvolvimento de DAI, bem como a higienização da pele e a aplicação de pomadas, são ações que devem ser intensificadas nos pacientes que fazem uso de fraldas, como proteção da maceração da pele. Nesta pesquisa observou-se que poucas foram as considerações dos enfermeiros acerca da proteção contra a umidade.

Algumas medidas relatadas pelos participantes como as massagens, uso de roda de conforto e luva com água, não são mais recomendadas para a prevenção de UP (NPUAP/EPUAP, 2009), mesmo assim este achado corresponde ao também encontrado em outro estudo recente (ROLIN *et al.*, 2013). Nota-se que a necessidade de capacitação e atualização da equipe de enfermagem é um constante desafio para todos os serviços de saúde e que atualizações de acordo com as diretrizes internacionais e atuais muitas vezes não descartam procedimentos e saberes próprios de cada profissional, o que reforça que a educação permanente deve também rever práticas de cuidado específicas das equipes.

4.1.3 Conhecimentos sobre ferramentas de gestão da qualidade e segurança do paciente

A análise sobre a existência de um programa de acreditação e comitês de assessoria aponta para a dimensão da gestão da qualidade e de segurança. Dos 25 participantes, 19 (76%) relatam a existência de um programa de acreditação na instituição.

Em relação ao tipo de comitês existentes na instituição, os participantes referiram: qualidade por 14 (56%) participantes, comissão de feridas por oito (32%) participantes (com a observância da implantação), transfusional, ética em enfermagem, humanização e cuidados paliativos por três (12%) participantes. Destaca-se que três (12%) participantes relataram não ter conhecimento de nenhum comitê na instituição.

Evidencia-se a necessidade de maior divulgação dos comitês e comissões existentes na instituição de forma a estimular o envolvimento dos profissionais com as questões de qualidade da assistência e segurança do paciente.

Ao considerar a questão se existe gestão de risco na instituição: vinte (80%) participantes responderam que sim, quatro (16%) participantes responderam não e um (4%) participante não respondeu.

Os indicadores de qualidade podem ser utilizados como instrumento gerencial, tornando-se ferramentas de avaliação da qualidade do cuidado.

Para sua aferição foi questionado sobre quais indicadores são utilizados na gestão de riscos relacionados aos cuidados com a pele, obtendo-se as seguintes respostas: 14 (56%) referiram não trabalhar com estes indicadores nas unidades, sete (28%) não responderam a questão e somente quatro participantes (16%) mencionaram utilizar a úlcera por pressão como indicador de qualidade para a gestão de risco.

A utilização de indicadores de UP e lesões de pele têm sido associados à qualidade da assistência. Cabe à equipe de enfermagem desenvolver as estratégias de prevenção, agindo no controle dos fatores de risco como pressão, cisalhamento, fricção, umidade, nutrição e mobilidade (SILVA; DICK; MARTINI, 2012).

Monitorar a ocorrência de EAs é papel importante no gerenciamento de risco e contribui para a segurança do paciente. Considerou-se a existência ou não de um instrumento para notificação destes agravos na instituição, sendo um dado importante para a monitorização da ocorrência das lesões de pele. Dos 25 participantes do estudo, 23 (92%) confirmaram a existência de instrumento próprio da instituição para a notificação de eventos adversos, um participante (4%) não respondeu, e somente um (4%) nomeou o instrumento.

Com relação ao número de notificações de UP ou outras lesões realizadas no último ano na unidade de internação dos entrevistados, 13 (52%) responderam não ter sido realizada nenhuma notificação no período, dois (8%) referiram não possuir a informação sobre quantas notificações foram realizadas, um (4%) não respondeu. Dos demais, quatro (16%) mencionaram a realização de somente uma notificação em um ano, uma (4%) unidade duas notificações, uma (4%) seis, uma (4%) dez e apenas uma unidade (4%) realizou 65 notificações.

Todo evento adverso deve ser notificado por meio de instrumento adequado, e a equipe de enfermagem deve eleger medidas para a comunicação e captação dos dados necessários referentes aos agravos, visando à segurança do paciente (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Fernandes e Queiroz (2011) evidenciaram em sua pesquisa que 80% dos enfermeiros não realizaram a notificação de nenhum evento adverso nos últimos 12 meses. Esses achados demonstram que a prática de notificação dos EA não está enraizada nas instituições de saúde apesar da sua necessidade, configurando-se em um grande desafio para o gerenciamento de risco e melhoria da segurança do paciente.

A base para qualquer atividade de saúde é a segurança, sendo um pré-requisito para toda intervenção (HARADA, 2009). A monitorização dos EAs tem um papel muito importante na segurança do paciente e no gerenciamento de risco. A notificação voluntária constitui-se na base da detecção de riscos (CAPUCHO, 2011), e está regulamentada pela Portaria nº529/13 do Ministério da Saúde como obrigatória (BRASIL, 2013). Entretanto, observa-se a subnotificação de UP ou outras lesões de pele.

Os registros dos EAs e erros são fontes importantes para o desenvolvimento e planejamento de estratégias visando à melhoria da assistência e segurança do paciente (SILVA, 2010).

4.1.4 Conhecimentos e práticas relacionadas às lesões de pele

4.1.4.1 Programa de educação

Todo movimento de práticas, envolve necessariamente, um conjunto de conhecimentos que servem de base para o aprendizado e, por que não dizer a mudança. Assim, investir em programas de educação permanente dos profissionais da enfermagem, quanto à temática de prevenção e tratamento de UP e outras lesões de pele, é promover cuidados seguros e de qualidade aos pacientes.

Quando questionados sobre a existência de um programa de educação em UP e outras lesões, 22 (88%) deles relataram que não existe capacitação na instituição sobre o tema.

O aprendizado constante é primordial para a melhoria da qualidade da assistência, como também para a segurança do paciente. A educação permanente dos profissionais de enfermagem deve considerar os avanços tecnológicos e a atualização constante do conhecimento no mundo globalizado, procurando conciliar as necessidades da instituição e da sociedade (PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA, 2006).

A capacitação e qualificação contínua dos profissionais de saúde envolvidos na prevenção, diagnóstico e tratamento de feridas é determinante para se obter resultados clínicos positivos, e no controle e na otimização de custos (GASPAR *et al.*, 2009).

A eficácia da prevenção e do tratamento de feridas depende do conhecimento dos profissionais quanto à fisiologia da pele, ao processo de cicatrização, à utilização de protocolos adequados e consistentes e da orientação e educação do paciente, familiar e/ou cuidador, tornando-os participantes ativos do processo (CARNEIRO; SOUSA; GAMA, 2010).

Buscou-se conhecer como a educação estava sendo realizada, com vistas a organizar uma estratégia de motivação à participação dos profissionais, por meio de atualizações teóricas acerca do assunto UP ou outras lesões, dez (40%) participaram de capacitação sobre esta temática nos últimos 5 anos fora da instituição entretanto, 15 (60%) dos enfermeiros não frequentaram cursos de capacitação sobre feridas. Dos que participaram, seis citaram a aula expositiva dialogada como metodologia adotada na capacitação. Foram também mencionadas a realização de oficinas, folders e palestras.

Sabe-se que a intervenção na prevenção e tratamento das lesões de pele durante a hospitalização são realizadas pela equipe multidisciplinar e que a intervenção bem sucedida, com vistas na recuperação, e atenção precisam ser disseminadas aos atores envolvidos, por isso perguntou-se sobre a existência de educação em saúde para os pacientes, familiares ou acompanhantes na instituição. Os dados apontam para outra vertente importante a ser considerada, pois dos 25 participantes, oito (32%) responderam que os conhecimentos e informações sobre a temática são compartilhados entre pacientes, familiares e acompanhantes na sua unidade de internação.

4.1.4.2 Protocolos e rotinas

A criação da Comissão de Cuidados com a Pele e o estabelecimento de estratégias e programas são maneiras de qualificar e uniformizar o atendimento prestado ao paciente.

Procurou-se conhecer a atual situação, procedimentos e condutas que são realizadas na instituição estudada relacionadas às lesões de pele e UP. Obteve-se que para 22 enfermeiros (88%) não existe protocolo/programa para prevenção de UP e outras lesões na instituição nos últimos cinco anos.

Atualmente, tem-se a disposição uma gama de opções de materiais e coberturas para a prevenção e tratamento de lesões de pele. Essa grande variedade pode provocar dúvidas aos profissionais quanto a melhor escolha para cada tipo de lesão.

Como instrumento auxiliar aos profissionais na escolha do melhor procedimento para a prevenção e tratamento das lesões de pele têm-se os protocolos assistenciais. Estes protocolos e as diretrizes clínicas constituem elementos chaves para a sistematização e padronização da assistência, tendo como finalidade proporcionar uma maior efetividade e eficiência no atendimento, como também garantir respaldo legal, técnico e científico aos profissionais de saúde, viabilizando à melhoria da qualidade, à segurança do cuidado e à redução de custos (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008).

A identificação dos riscos da assistência deve ser feita pelo enfermeiro no momento da internação dos pacientes, porém 23 (92%) participantes responderam que não é realizada a avaliação de risco pelo enfermeiro na sua unidade de internação.

O gerenciamento do cuidado pressupõe o conhecimento e implementação de estratégias eficazes de prevenção e estabelecer a identificação precoce de pacientes em risco de desenvolver feridas crônicas é uma forma de exercer e planejar o cuidado

Coloca-se, assim, como primordial, o estabelecimento de uma política de avaliação de risco para o desenvolvimento de UP (NPUAP/EPUAP, 2009), o que não se observa na maioria das unidades de internação da instituição cenário desta pesquisa, pois somente dois (8%) participantes afirmaram a realização de avaliação de risco para UP nos pacientes internados nos seus setores.

As dimensões para o enfrentamento do cuidado com a pele, necessariamente, passam pela prevenção e tratamento de feridas e lesões. A seguir, são apresentados os dados levantados acerca de duas dimensões:

Prevenção: os estudos e publicações acerca da prevenção das lesões de pele e UP são escassos e refletem os achados do levantamento dos dados da

presente pesquisa. Na questão 23 questionou-se acerca da existência de produtos padronizados para a prevenção de UP e outras lesões no hospital. Entre os entrevistados, 16 (64%) participantes responderam que não há. Em seguida, perguntou-se para os nove participantes (que responderam positivamente à questão anterior) quais produtos eram utilizados para a prevenção, e foram listados: AGE; óleo mineral; óxido de zinco; espuma e hidrocoloide.

Tratamento: sabe-se que apesar dos esforços da equipe e da implementação de medidas preventivas, não se consegue evitar a ocorrência de lesões de pele, sendo necessária a utilização de medidas de tratamento.

Ao se questionar sobre a existência de padronização/protocolo para tratamento de UP e outras lesões, 23 participantes (92%) responderam que não, porém quando perguntou-se quais as tecnologias (produtos) utilizadas pelos participantes para o tratamento de UP ou de outras lesões as mais citados foram: o AGE por 17 (68%) participantes; solução salina isotônica a 0,9% por dez (40%); collagenase por quatro (16%). Foram também citados: óleo mineral, hidratante, óxido de zinco, espuma de poliuretano, alginato de cálcio, hidrocelular, óxido de zinco, óleo de amêndoa, hidrocoloide e compressa com chá de camomila.

Ao se detectar uma lesão de pele, deve-se primeiramente realizar a avaliação detalhada e um diagnóstico eficaz para embasar a elaboração do plano de tratamento da lesão (WUWHS, 2008). O tratamento de feridas tem como finalidade atingir a cicatrização com restauração funcional e prevenção de complicações e sequelas.

A inserção da enfermagem como principal grupo de cuidador de lesões de pele ocorre desde o início da sua história. A responsabilidade pelo tratamento e prevenção de feridas vem sendo atribuída ao enfermeiro, cabendo a ele a prescrição dos cuidados de enfermagem, a escolha da cobertura mais adequada, além de orientar e supervisionar a equipe de enfermagem na execução dos cuidados (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008).

A prescrição da cobertura baseia-se no conhecimento da fisiologia da lesão, do processo de cicatrização e das atribuições éticas e legais da profissão, pois o produto escolhido pode não ser eficaz durante todas as etapas da cicatrização da lesão, nem para todos os pacientes (ROEHRS; MALAGUTTI, 2011).

As lesões de pele são classificadas de acordo com a região afetada, do procedimento realizado, sua forma e risco clínico. A presente pesquisa adotou a

classificação listada na questão 29, na qual o respondente deveria enumerar, em ordem crescente, partindo das lesões comuns, ou seja, a mais recorrente até a menos comum, e não enumerar aquelas que não acontecem em pacientes na respectiva unidade. Os resultados foram apresentados no gráfico 1.

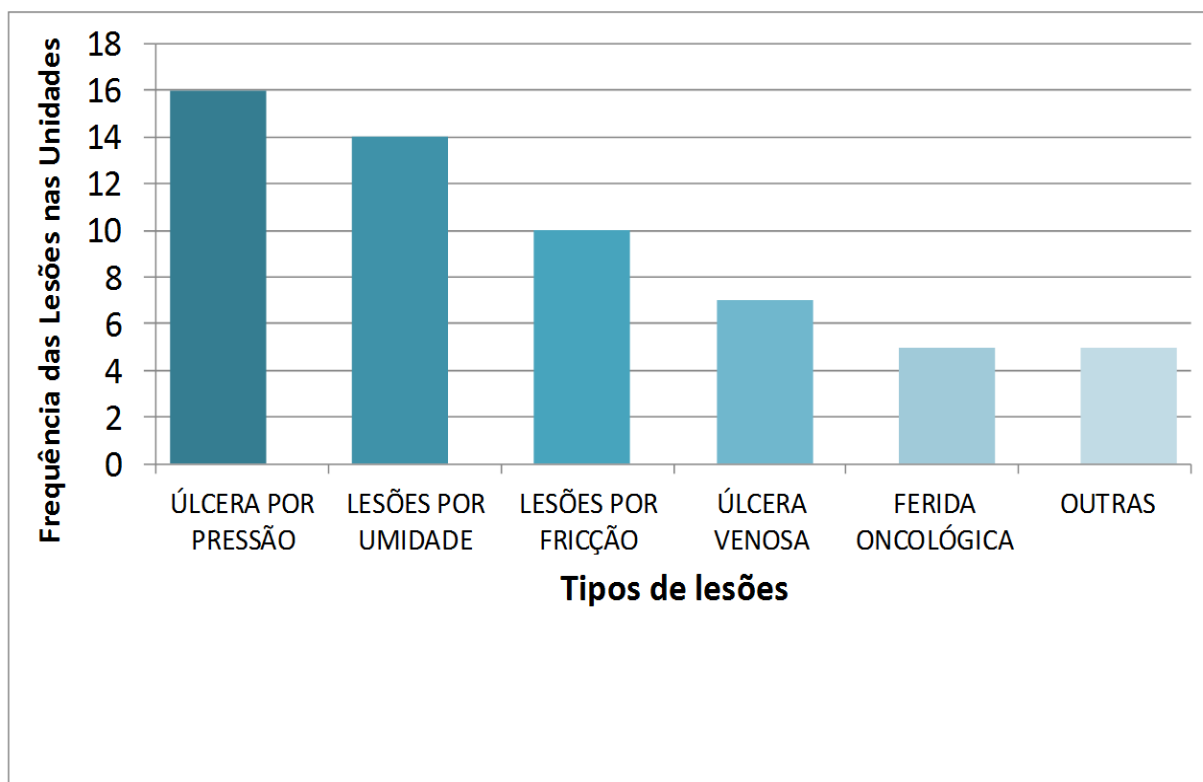


GRÁFICO 1 - FREQUÊNCIA DAS LESÕES DE PELE NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO NO HOSPITAL DE ENSINO DE CURITIBA (PR), 2013.
FONTE: A AUTORA (2013)

As lesões de pele mais frequentes encontradas nas unidades de internação da instituição foram as UP, lesões por umidade e por fricção. A realidade encontrada coaduna-se com a evidenciada pela pesquisa de Rolin, Vasconcelos, Caliri e Santos (2013), em que as UP foram as lesões mais frequentes em pacientes internados nos ambientes hospitalares, com incidência variando entre 10,6% e 55%. Torna-se relevante o conhecimento e implementação de estratégias eficazes de prevenção, como ferramenta de gerenciamento do cuidado, como também a identificação precoce de pacientes em risco de desenvolver feridas crônicas.

O cuidado de enfermagem indispensável para o tratamento e utilização das tecnologias, é o curativo. Verificar quais as dificuldades encontradas pelo enfermeiro e sua equipe na realização dos diversos curativos subsidiará a proposição de um

protocolo de cuidados com a pele. A maioria dos enfermeiros entrevistados 20 (80%) relatou dificuldades para a realização de curativos, sendo que a indisponibilidade de produtos adequados foi a maior barreira, citado por 15 (60%) enfermeiros, seguida por falta de padronização, treinamento e protocolos.

A fase exploratória permitiu melhor entendimento do contexto da instituição, seu funcionamento e delimitação dos elementos críticos a serem enfrentados pela comissão bem como, aprofundaram-se os dados sobre as medidas de prevenção, tratamento, medidas gerenciais e de educação permanente, relacionadas às lesões de pele.

4.2 ETAPA II – INTERVENÇÃO – PESQUISA DOCUMENTAL

Nesta etapa encontram-se descritos os resultados das etapas metodológicas percorridas para a implantação da comissão. Em quatro passos: negociação; estruturação; documentação e implementação.

4.2.1 Passo I – Negociação

O primeiro passo para a implementação da comissão compreendeu a negociação com a Diretoria de Enfermagem e com a Direção Geral da instituição para atender a demanda e objetivos estratégicos do hospital

O início das discussões acerca da necessidade da criação de um comitê para prevenção de cuidados com a pele foi o resultado de estudos realizados pelo Grupo de Pesquisa TIS-Tecnologia e Inovação em Saúde os quais, desde 2009, apontaram a necessidade de uma intervenção organizada e amparada institucionalmente para enfrentar e estruturar a avaliação, prevenção, notificação, tratamento e recuperação dos pacientes portadores de UP no Hospital de Ensino de Curitiba local de prática e pesquisa dos acadêmicos, mestrandos e doutorandos do curso de graduação e programas de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Por ocasião do início das orientações para a realização de dissertações do mestrado profissional de duas enfermeiras do referido hospital, as Professoras Doutoras do TIS provocaram o enfrentamento da temática, e a partir de então o grupo desenvolveu uma pesquisa denominada “Gerenciamento de risco e educação permanente: inovação tecnológica em feridas”.

O desdobramento da referida pesquisa deu-se na realização de dois projetos de pesquisa, a saber: Subsídios para a Implementação da Diretriz Clínica de Úlceras por Pressão e Implantação da Comissão de Cuidados com a Pele (PREPROJ/11).

No intuito de executar a presente dissertação de mestrado, a pesquisadora mobilizou um grupo de enfermeiros que recomendaram a criação de Comitê para Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão em um Hospital de Ensino.

A proposta do projeto de pesquisa da concepção de uma Comissão foi aprovada por unanimidade na reunião do Colegiado Assessor Técnico da Diretoria de Enfermagem do hospital de ensino deste estudo em seis de dezembro de 2011 (A/CAT/DE/04).

Em reunião com a Diretora de Enfermagem da instituição para a estruturação da Comissão, em junho de 2012, foi por ela ressaltada a relevância desta pesquisa para o hospital e sugeriu a ampliação da abrangência da Comissão para prevenção e tratamento de todos os tipos de lesões de pele, não somente para a UP, visto a deficiência na instituição no que se refere à prevenção e tratamento de lesões de pele para os pacientes internados. Informou ainda, que houve duas tentativas, em anos anteriores, de implantação de uma “Comissão de feridas”, mas sem sucesso. O estudo foi então ampliado para a implantação de uma Comissão de lesões de pele. Também nesta reunião definiram-se os profissionais para compor o grupo de trabalho o qual mais tarde foi denominado de núcleo estruturador.

Em seguida, a proposta foi encaminhada à Direção Geral, no mês de julho de 2012, sendo igualmente aprovada.

Uma vez homologada a proposta pela gestão da instituição, partiu-se para o segundo passo o de reunir profissionais estratégicos da gestão do cuidado direto ao paciente e de íntima relação com a temática, para a estruturação da Comissão;

4.2.2 Passo II – Estruturação

O segundo passo consistiu na estruturação da Comissão com a organização de seus membros em um núcleo estruturador (NE) e subgrupos de atuação em tipos específicos de lesões. Foram realizados oito encontros do NE, com periodicidade quinzenal, nas segundas feiras às oito horas, com duração de uma hora na sala de comissões da Diretoria de Enfermagem. A estruturação aconteceu no período de junho a outubro de 2012. Nela couberam as deliberações quanto à definição do nome da comissão, formação dos grupos, definição dos componentes, elaboração do cronograma e organização das reuniões dos grupos.

O primeiro encontro ocorreu em 18 de junho de 2012 (A/NE₁/12) com a presença da autora da pesquisa e a enfermeira assessora da Diretoria de Enfermagem. Definiu-se pela formação de um grupo de trabalho, que posteriormente foi denominado de núcleo estruturador, para a organização da Comissão.

O núcleo estruturador da Comissão foi composto por quatro enfermeiras, a saber: a coordenadora da comissão autora da presente proposta de dissertação, uma enfermeira estomaterapeuta e mestre em Tecnologia em Saúde; a enfermeira assessora da Diretoria de Enfermagem da instituição, mestre em enfermagem; e, uma enfermeira mestranda da UFPR, que desenvolve outra dissertação relacionada ao grande projeto de pesquisa “Gerenciamento de risco e educação permanente: inovação tecnológica em feridas”, que elaborou o curso de capacitação semipresencial denominado “Diretriz clínica de prevenção e tratamento de úlcera por pressão” (A/NE₁/12).

As decisões dos encontros foram registradas em formulário padrão da instituição denominado “Registro de Orientação em Serviço – Equipe – Deliberações” (A/NE₁/12, A/NE₂/12, A/NE₃/12, A/NE₄/12, A/NE₅/12, A/NE₆/12, A/NE₇/12, A/NE₈/12).

As atividades realizadas na fase de estruturação estão descritas na sequência:

4.2.2.1 Definição dos componentes da Comissão

Para compor o grande grupo foram convidados pela Diretoria de Enfermagem, enfermeiros que tivessem identificação com a temática e quisessem participar da Comissão, das áreas de materno infantil, urgência e emergência, cirúrgica, clínica, pediátrica e do transplante de medula óssea, considerados estratégicos para a composição da Comissão, totalizando 20 profissionais (A/NE₂/12).

A atuação e participação dos membros da Comissão é de caráter voluntário, não havendo nenhum profissional com dedicação exclusiva para as suas atividades. Todos são lotados em outros serviços e dividem sua carga horária entre as atividades inerentes a função/cargo que ocupam na instituição e as atividades da Comissão. Esta situação dificultou o desenvolvimento das atividades propostas para a implantação da Comissão.

4.2.2.2 Definição do nome da Comissão

Optou-se pela denominação de Comissão de Cuidados com a Pele (CCP), por sugestão de uma enfermeira estomaterapeuta TiSobest (Titulada pela Associação Brasileira de Estomaterapia), por ser tendência mundial não restringir o foco de atenção à lesão instalada, mas ampliar a abrangência para o campo da prevenção (A/NE₄/120).

4.2.2.3 Formação dos subgrupos

Considerando a abrangência de uma Comissão de Cuidados com a Pele (CCP) e a diversidade de lesões possíveis em uma instituição de grande porte, como já observado na etapa diagnóstica, optou-se por dividir o grupo de 20 enfermeiros (incluindo os quatro do NE) em quatro subgrupos, para canalizar força

de trabalho em mais de uma frente, de forma a garantir participação ativa de cada membro.

Os enfermeiros foram divididos de acordo com sua área de atuação nos grupos, a saber: feridas agudas e cirúrgicas, úlceras crônicas, estomias e cateteres e drenos. Cada subgrupo é composto por quatro enfermeiros do grande grupo, que atuem em serviços onde haja uma maior concentração de pacientes com necessidades afins ao subgrupo e coordenados por um enfermeiro do núcleo estruturador.

Para fins didáticos, foi esboçada, de acordo com o documento A/NE₆/12, a estrutura da CCP, conforme figura 1.



FIGURA 1 - ESTRUTURA DA COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE
FONTE: A Autora (2013)

4.2.2.4 Elaboração de cronograma e organização de encontros

De acordo com a análise das atas A/NE₇/12 e A/NE₈/12, observou-se que as reuniões da Comissão foram definidas com periodicidade mensal, com duração de duas horas em dia da semana, horário e local pré-determinados. Nestas reuniões foram apresentadas aulas de capacitação/atualização por membro da Comissão ou palestrante convidado, definidos assuntos de interesse geral e apresentados os

trabalhos desenvolvidos pelos subgrupos para aprovação e discussão pelo grupo completo.

O NE manteve reuniões mensais e os subgrupos passaram a se reunir quinzenalmente, com reuniões organizadas pelos coordenadores e componentes de cada subgrupo. O objetivo das reuniões dos subgrupos foi definir as lesões prioritárias a serem trabalhadas pelo subgrupo, por meio de estudos, discussões, elaboração de protocolos e estratégias de sensibilização e implantação do mesmo institucionalmente.

Em paralelo à estruturação, a documentação necessária foi desenvolvida em reuniões do NE e em algumas reuniões da Comissão, consistindo assim o próximo passo da intervenção.

4.2.3 Passo III – Documentação

Neste terceiro passo, definido desta forma para fins didáticos, mas que ocorreu concomitante com a estruturação e implementação, foram desenvolvidos o projeto da comissão, redigido o regimento interno da mesma e elaborados os instrumentos de avaliação e acompanhamento dos pacientes, além do desenho do fluxo de atendimento.

Os documentos elaborados neste passo são descritos na sequência:

4.2.3.1 Projeto da CCP

O projeto foi elaborado pelo NE (PROJ/CCP/12), partindo do pré-projeto “Implantação de Comitê para Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão em um Hospital de Ensino” (PREPROJ/11), continha objetivos, justificativa, resultados esperados e propostas de ações da Comissão. Depois de delineado, o mesmo foi apresentado em uma das reuniões gerais da Comissão para discussão, sugestões e ajustes (A/CCP₁/12).

A versão final foi apresentada à Diretoria de Enfermagem, obtendo sua aprovação. Na sequência, foi enviada à Direção Geral, que o aprovou e emitiu a Portaria Nº 198/2012 – DGHC em outubro de 2012 (P198/2012/DGHC), a qual designa os servidores para comporem a CCP.

4.2.3.2 Regimento da CCP

Elaborado pelo NE (A/NE₂/13, A/NE₃/13), com posterior discussão pelo grande grupo (A/CCP₄/13), a partir de modelo de regimentos existentes na instituição, contendo as normas que regem, disciplinam e regulamentam o funcionamento da CCP. Após a realização de alguns ajustes sugeridos pela Diretora de Enfermagem, foi apresentado no colegiado desta diretoria em 16 de abril de 2013 (A/CAT/DE/32), sendo aprovado, e posteriormente, encaminhado à chefia de gabinete da Direção Geral para inclusão na pauta do Colegiado Gestor, para apresentação (OF.39/13/DE).

Em 02 de julho de 2013, o regimento interno da CCP foi apresentado no Colegiado Gestor da instituição (A/CODIR/429) e reapresentado em 16 de julho de 2013 (A/CODIR/430), após a realização de alterações solicitadas pelos membros deste colegiado, sendo então aprovado.

O regimento interno da CCP disciplina a constituição, atribuições e funcionamento da comissão. Quanto às finalidades, dispõe que a CCP faz parte da Diretoria de Enfermagem, e tem caráter normativo e consultivo para desenvolver atividades relacionadas à assistência, educação permanente e pesquisa em Enfermagem no que se relaciona à prevenção e tratamento de lesões de pele, cuidados com estomias, cateteres e drenos.

Quanto à composição - a comissão de Cuidados com a Pele é composta por um núcleo estruturador e por quatro subgrupos. O núcleo estruturador é formado por quatro enfermeiros, sendo um deles o coordenador desta Comissão. Os subgrupos são: feridas crônicas; feridas agudas e cirúrgicas; estomias; drenos e cateteres. Cada subgrupo é coordenado por um enfermeiro do núcleo estruturador e composto por dois a quatro membros atuantes em áreas afins.

Os componentes da comissão são indicados pelo núcleo estruturador, membros, chefias de serviço ou outros profissionais da equipe, bem como, aceitos por autocandidatura. O coordenador da comissão divulga, avalia e aceita as indicações e ou candidaturas, que serão aprovadas pela Diretora de Enfermagem e nomeadas pela Direção Geral.

A atuação e participação dos membros são de caráter voluntário, não cabendo remuneração pelas atividades, no entanto, serão dispensados pelas chefias a quem estão subordinados, conforme possibilidades, para as atividades de interesse da Comissão. O mandato dos membros da Comissão é de dois anos.

Quanto às atribuições - À Comissão de Cuidados com a Pele compete:

- Avaliar, testar e propor a padronização de produtos para prevenção e tratamento de lesões de pele e cuidados com estomias, cateteres e drenos;
- Elaborar protocolos para prevenção e tratamento de lesões de pele e cuidados com estomias, cateteres e drenos;
- Promover atualização/capacitação da equipe de enfermagem em parceria com a Comissão de Educação Permanente em Enfermagem – CEPEN/HC, em prevenção e tratamento de lesões de pele e cuidados com estomias, cateteres e drenos;
- Desempenhar papel consultivo na área de prevenção e tratamento de lesões de pele e cuidados com estomias, cateteres e drenos.

Aos membros da Comissão compete:

- Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão.
- Atender os pacientes das unidades de internação através de pedidos de consulta conforme escala.
- Avaliar, planejar e executar a assistência direta nos curativos e cuidados com estomias, cateteres e drenos dos pacientes internados.
- Orientar a equipe de enfermagem da unidade para realizar os curativos e cuidados com estomias, cateteres e drenos dos pacientes internados e a entrar em contato com a Comissão em casos de dúvidas.
- Realizar o encaminhamento de contra referência no momento da alta.

Ao Núcleo Estruturador compete:

- Realizar reuniões mensais;

- Receber os pedidos de consulta e distribuí-los de acordo com a escala de avaliação;
- Coordenar os subgrupos.

Aos Subgrupos compete:

- Elaborar protocolos para a prevenção e o tratamento das lesões e cuidados com estomias, cateteres e drenos.

4.2.3.3 Instrumento de avaliação e acompanhamento do paciente

Assim como os outros documentos, os instrumentos para avaliação e acompanhamento dos pacientes foram desenvolvidos pelo NE com base em referências confiáveis e de fortes evidências científicas (WUWHS, 2008; JORGE; DANTAS, 2005) (A/NE₁₄/12). Após sua elaboração, foram apresentados ao grande grupo para discussão, sugestões e aprovação (A/CCP₅/12). Então, optou-se pela denominação de “Ficha de primeira avaliação de feridas” (F/PAF) e “Ficha de acompanhamento de evolução de feridas” (F/AEF), onde se encontram dados sobre o paciente e sobre a lesão que são relevantes para a terapêutica, processo de cicatrização e evolução do tratamento, como também sobre a conduta, prescrição e orientação à equipe.

4.2.4 Passo IV – Implementação

Nesta etapa ocorreu a implementação propriamente dita da CCP. A dinâmica de trabalho desta Comissão transita entre os encontros do núcleo estruturador, dos subgrupos e de toda a Comissão, além das avaliações e acompanhamentos dos pacientes.

A implementação iniciou-se a partir da formação dos subgrupos, manteve-se então, um cronograma quinzenal de encontros dos subgrupos, para estudo e definição de ações (A/NE₉/12). Além das reuniões do subgrupo, ocorreram mensalmente reuniões para capacitação com a participação de toda a comissão

para uma ação de educação e apresentação dos trabalhos dos subgrupos (A/CCP₁/12, A/CCP₂/12, A/CCP₃/12, A/CCP₄/12, A/CCP₅/12, A/CCP₁/13, A/CCP₂/13, A/CCP₃/13, A/CCP₄/13, A/CCP₅/13, ACCP₆/13).

Concomitantemente, a Comissão recebeu pedidos de consulta de enfermagem para avaliação de pacientes com lesão ou em risco. Um dos enfermeiros do núcleo estruturador realizava a avaliação segundo fluxo definido, com orientação da equipe de enfermagem, acompanhante e do paciente, fornecimento do material necessário para a semana e agendamento de reavaliação. Sempre que possível, os membros do grande grupo acompanhavam as avaliações.

4.2.4.1 Atividades desenvolvidas pelo NE

Além da estruturação e documentação da CCP, já apresentadas, o NE desenvolveu outras importantes atividades para início do funcionamento da CCP, entre elas:

4.2.4.1.1 Avaliação dos produtos para prevenção e tratamento de lesões de pele padronizados na instituição

No hospital deste estudo, existem alguns produtos já padronizados, mas com disponibilização somente para o ambulatório de tratamento de feridas. A CCP avaliou estes produtos com o propósito de selecionar os que se adequam as necessidades da Comissão para utilização no tratamento e prevenção de lesões dos pacientes internados (A/NE₉/12). Após a avaliação, a comissão fez uma previsão de consumo mensal e solicitou à unidade de abastecimento a inclusão de cotas dos mesmos para a CCP (OF.15/12/DE). Estes produtos estão centralizados na CCP e são dispensados para uso, após avaliação, indicação e orientação e supervisão da mesma, com o objetivo de evitar erros de escolha, mau uso e desperdício. Os produtos selecionados são: ácido graxo essencial (AGE); hidrogel; gaze não

aderente; espumas de poliuretano; hidrofibra com prata; solução de limpeza betaína/biguanina.

4.2.4.1.2 Avaliação de novos produtos

Após a demonstração dos produtos para prevenção e tratamento de lesões de pele pelos representantes comerciais, realizou-se análise de estudos com relação às vantagens, custo-benefício, abrangência de utilização, efeitos colaterais e também levando-se em conta a demanda dos pacientes internados e os produtos já padronizados e selecionados pela CCP (A/NE₁₀/12, A/NE₁₁/12). Foram escolhidos três produtos (A/NE₁₃/12) para solicitação de padronização, tela porosa de silicone, película protetora de pele e tira de hidrocoloide moldável para estomias (SPM₁/13, SPM₂/13, SPM₃/13). A solicitação foi aprovada pela comissão de padronização de materiais médico-hospitalares após discussão e apresentação de estudos que comprovaram melhor relação custo-benefício.

4.2.4.1.3 Definição de registros dos procedimentos

Solicitou-se orientação ao serviço de faturamento quanto aos códigos compatíveis com os procedimentos realizados pelos membros da CCP nas avaliações e acompanhamentos, para serem registrados no sistema de informação hospitalar (SIH) da instituição (A/NE₁₂/12). Estes dados poderão ser utilizados como base para pesquisas de trabalhos científicos, registro de produção e cobrança. Para tanto foi criado pelo serviço de informática uma Unidade Executante para a CCP no SIH (OF.171/12/DE) onde são registradas as atividades realizadas pelos profissionais da comissão, como: consulta de enfermagem; atividade educativa/orientação; coleta de material para exame; procedimento de curativo; procedimento de desbridamento de úlceras; desbridamento de calosidade; entre outros (TAB/COD/PRO). Além de atender o orçamento necessário para a

viabilização das tecnologias leves serviu também para validar as intervenções dos enfermeiros.

4.2.4.1.4 Elaboração de fluxograma e passo a passo de atendimentos

Outra atividade do NE foi a elaboração do fluxograma de atendimento dos pacientes (FLUXG) e o passo a passo da primeira avaliação do paciente com lesão e do acompanhamento (A/NE₁/13).

O fluxograma inicia com a detecção de lesão, risco para lesão ou complicação com cateteres, drenos e estomias por profissionais da unidade onde o paciente encontra-se internado. Após a detecção deve-se preencher o PC solicitando a avaliação pela CCP e encaminha-lo à sala de comissões, que deverá comunicar um dos enfermeiros do NE e um dos enfermeiros da comissão conforme escala. Os enfermeiros escalados deslocam-se até o setor solicitante e realizam a primeira avaliação do paciente com indicação terapêutica, orientação da equipe, prescrição de cuidados e agendamento da reavaliação. Efetuam-se também o preenchimento dos impressos: resposta do PC e ficha de primeira avaliação, que são anexados no prontuário do paciente e arquiva-se uma cópia na CCP.

Retornando à sala de comissões alimenta-se a planilha de acompanhamento e registram-se os códigos dos procedimentos realizados no SIH.

As reavaliações ocorrem conforme agendamento ou solicitações emergenciais. Tendo-se evolução negativa deve-se adequar a conduta e agendar nova avaliação. Se a evolução for positiva se mantém a conduta ou se adequa o curativo conforme a evolução da lesão. Podem ser necessárias reavaliações periódicas e manutenção do cuidado, pode evoluir para a cicatrização recebendo alta da CCP ou receber alta hospitalar sem a cicatrização da lesão com orientação e encaminhamento para rede básica de saúde para continuidade do tratamento.

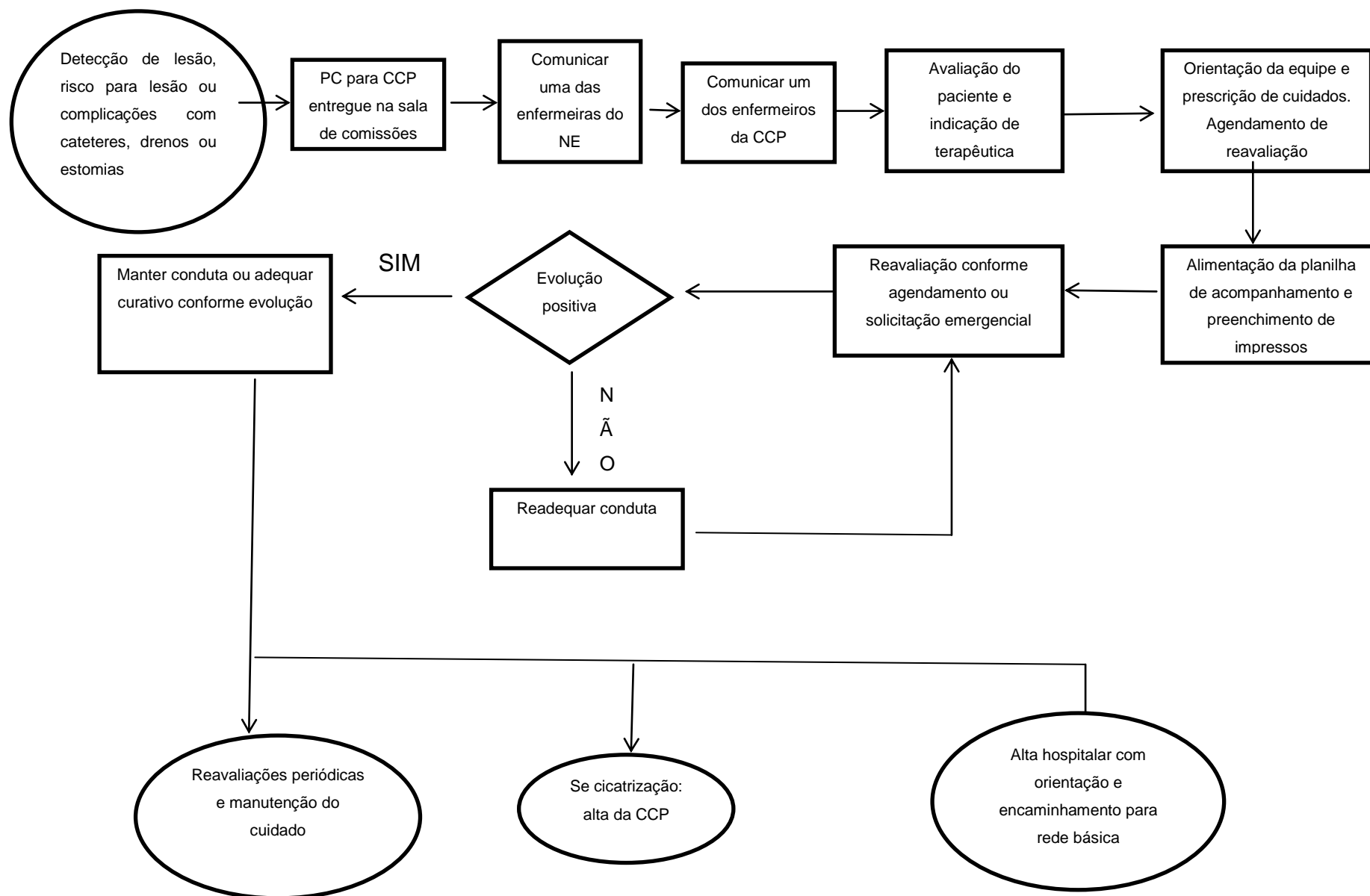


FIGURA 2 – FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO
FONTE: A AUTORA (2013)

Passo a passo da primeira avaliação:

- Recolher o pedido de consulta na sala de comissões;
- Ir até a clínica solicitante e entrar em contato com o enfermeiro responsável pelo turno;
- Avaliar o prontuário do paciente;
- Solicitar material necessário para o curativo de avaliação;
- Expor a(s) ferida(s) e realizar a avaliação;
- Realizar desbridamento quando necessário;
- Indicar a cobertura ou produto apropriado;
- Realizar limpeza com a técnica indicada, orientando o enfermeiro da unidade. Ou orientá-lo enquanto o mesmo a realiza;
- Aplicar o produto indicado orientando o enfermeiro quanto aos cuidados de manutenção ou troca e mecanismo de ação;
- Preencher a ficha de avaliação e anexá-la ao prontuário;
- Responder o pedido de consulta;
- Realizar evolução clínica no prontuário;
- Realizar prescrição de enfermagem com os cuidados de manutenção e trocas do curativo;
- Registrar os procedimentos realizados no sistema de informação hospitalar (SIH) da instituição;
- Fazer cópia do pedido de consulta e da ficha de avaliação para arquivo na CCP;
- Agendar reavaliação;
- Fornecer o material para os cuidados até o dia da reavaliação;
- Estar de “sobreaviso” para reavaliações emergenciais nos casos de a lesão não responder ao tratamento indicado, solicitação de material extra (exsudação excessiva, contato com urina ou fezes), alta, entre outros;
- Alimentar planilha de acompanhamento.

Passo a passo da reavaliação:

- Ir até a clínica no horário agendado;
- Solicitar material para o curativo;
- Remover a cobertura anterior;
- Reavaliar a lesão;
- Realizar desbridamento se necessário;

- Indicar o produto apropriado;
- Caso mantenha conduta anterior, o enfermeiro da unidade pode realizar o curativo;
- Caso haja mudança na conduta, realizar o curativo orientando o enfermeiro quanto aos cuidados de manutenção ou trocas e mecanismo de ação;
- Realizar evolução clínica no prontuário;
- Preencher a ficha de reavaliação;
- Realizar prescrição de enfermagem com os cuidados de manutenção e trocas do curativo;
- Registrar os procedimentos realizados no SIH;
- Agendar a reavaliação;
- Fornecer o material para cuidados até a próxima reavaliação;
- Estar de “sobreaviso” para reavaliações emergenciais nos casos da lesão não responder ao tratamento indicado, solicitação extra de material, alta, entre outros;
- Em caso de alta hospitalar realizar orientação ao paciente, familiar e/ou cuidador quanto aos cuidados de manutenção e trocas do curativo e fornecer encaminhamento de contra referência para a unidade básica de saúde;
- Alimentar planilha de acompanhamento.

4.2.4.2 Atividades realizadas pelos subgrupos

4.2.4.2.1 Subgrupo de úlceras crônicas

Este grupo priorizou o tema úlcera por pressão (A/SGFC₁/12) para estudo e elaboração do procedimento operacional padrão (POP) de prevenção e tratamento de UP. A instituição já conta com um POP sobre prevenção de UP, dessa forma decidiu-se atualizá-lo (A/SGFC₂/12, A/SGF₃/12, A/SGF₄/12). Sendo assim, o grupo revisou e formulou alterações no POP de prevenção de UP já existente na instituição sendo aprovado pela comissão após algumas sugestões (POP/PREV/UP).

O grupo discutiu sobre um programa de capacitação e educação permanente em UP para os enfermeiros da instituição e definiu-se por iniciar com o curso de capacitação semipresencial denominado, “Diretriz clínica de prevenção e tratamento de úlcera por pressão” o qual faz parte da dissertação de mestrado profissional da mestranda coordenadora deste subgrupo (A/SGF₅/12). O curso ocorreu no período de 29 de maio a 10 de junho de 2013 com a participação de enfermeiros da instituição e externos.

O próximo tema para estudo e desenvolvimento de POP será sobre úlceras venosas (A/SGF₈/12).

4.2.4.2.2 Subgrupo de feridas agudas e cirúrgicas

Este grupo discutiu e priorizou para estudo e elaboração de POP de prevenção das lesões de pele por umidade, por ter sido a segunda lesão cutânea não intencional mais frequente encontrada na fase exploratória. Observou-se também a necessidade de revisão e atualização do POP já existente de cuidados com ferida cirúrgica limpa. Mantém-se em discussão e elaboração o POP de prevenção de lesões por umidade (A/SGFA₁/12, A/SGFA₂/12, A/SGFA₃/12, A/SGFA₄/12, A/SGFA₅/12).

4.2.4.2.3 Subgrupo de cateteres e drenos

Neste grupo optou-se por iniciar as atividades com a elaboração de instrumento para avaliar a situação atual na instituição com relação aos cuidados e manutenção de drenos e cateteres (A/SGCD₁/12). Após a elaboração do instrumento (ICD), definiu-se por sua aplicação em uma unidade piloto para adequação e validação do instrumento (A/SGCD₂/12). A aplicação do instrumento de coleta de dados de cateteres venosos e drenos ocorreu em março de 2013 na unidade de terapia intensiva adulto (UTI-A) sendo validado.

Outra atividade realizada pelo subgrupo foi a elaboração de parecer para o comitê de padronização para direcionar a cota de cateter central de inserção periférica (*Peripherally Inserted Central Catheters – PICC*) para o ambulatório de quimioterapia (QT) (OF.172/12/DE).

O subgrupo definiu as atividades para o segundo semestre de 2013/21014 conforme a seguir (A/SGDC₃/12):

- Aplicação em todo o hospital do instrumento para avaliar a situação de cuidados/manutenção com drenos e cateteres;
- Elaboração de protocolos de cuidados com cateteres e drenos conforme o diagnóstico situacional identificado elencando as prioridades;
- Avaliação das unidades que possuem indicação para PICC;
- Elaboração de projeto para o início dos trabalhos com PICC em uma unidade piloto;
- Atualização do protocolo de manutenção de cateteres centrais e periféricos;
- Treinamento dos profissionais em parceria com a Comissão de Educação Permanente.

4.2.4.2.4 Subgrupo de estomias

O subgrupo de estomias discutiu as dificuldades atuais com o cuidado de estomias, especialmente no que diz respeito às suas complicações. A partir dos problemas levantados traçaram-se prioridades de atuação, entre elas, a padronização de produtos necessários para o manejo de complicações. Foram convidados representantes de indústrias para apresentação dos produtos. Definido como emergencial a solicitação de padronização de tira moldável de hidrocóide, realizada posteriormente pelo NE (A/SGE₁/12).

O grupo passou a trabalhar na elaboração do POP de orientação ao paciente para cuidados com os dispositivos. O mesmo está sendo elaborado com base no manual de uma das empresas parceiras, que possui um profissional que realiza estas orientações (A/SGE₂/12).

4.2.4.3 Atividades realizadas pela CCP no âmbito de atendimento

Dentre as atividades realizadas pelos componentes da CCP no período de 2012 e 2013, consta o papel consultivo na área de prevenção e tratamento de lesões de pele. Os membros da CCP estão disponíveis, de acordo com escala pré-estabelecida, para avaliar junto aos profissionais das unidades de internação as lesões, risco para lesão de pele ou complicações com cateteres, drenos e estomias, e indicarem a terapêutica, prescrição de cuidados e orientação da equipe, bem como assistência especializada.

As solicitações de atendimento começaram de maneira informal, resultando em algumas consultas nos meses de setembro a novembro, ainda na fase de estruturação. A partir da divulgação em colegiado de enfermagem o fluxo de solicitação foi definido, com a utilização de pedido de consulta. Desde então (dezembro de 2012) a demanda tem aumentado a cada mês, conforme descrição posterior.

Os atendimentos são realizados por um dos enfermeiros do NE, acompanhados por mais um membro da comissão, de preferência do subgrupo referente à etiologia da lesão.

Diante do exposto, a CCP realizou um atendimento em setembro, sendo uma lesão com indicação de cirurgia plástica, causada por extravasamento, em dorso de mão, de uma criança de 01 ano, que recebeu alta com a lesão completamente cicatrizada.

No mês de outubro, foram 05 pacientes, totalizando 31 atendimentos, de etiologias diversas, como úlcera venosa, por pressão e fúngica. Três resultando em cicatrização completa e duas altas hospitalar apresentando boa evolução, com encaminhamento de contra referência. Em novembro, foram respondidos quatro pedidos de consulta, referentes às lesões por fricção, por umidade e UP, com um total de dezenove atendimentos.

A partir da regularização de fluxo de atendimento em dezembro de 2012, segundo o relatório mensal de produtividade da CCP (RPM, RE/ATV/12), o número de pacientes atendidos foi de: quatorze em dezembro totalizando trinta e sete atendimentos; quatorze em janeiro com trinta e oito atendimentos; dez em fevereiro com dezenove atendimentos; quinze em março com trinta e cinco

atendimentos; dezesseis em abril com cinquenta atendimentos; trinta e três pacientes em maio com sessenta e dois atendimentos; vinte em junho com quarenta e quatro atendimentos e quarenta em julho com sessenta e sete atendimentos (TABELA 4).

Como descrito, desde sua implantação, a CCP realizou um total aproximado de quatrocentos e dois atendimentos de avaliação e tratamento de feridas ou complicações de estomias no período de outubro de 2012 a julho de 2013.

TABELA 4 – NÚMERO DE PACIENTES AVALIADOS E ATENDIMENTOS REALIZADOS PELA CCP DO HOSPITAL DE ENSINO, NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 2012 A JULHO DE 2013, CURITIBA (PR).

MÊS/ANO	Nº PACIENTES	Nº ATENDIMENTOS
OUTUBRO/2012	05	31
NOVEMBRO/2012	04	19
DEZEMBRO/2012	14	37
JANEIRO/2013	14	38
FEVEREIRO/2013	10	19
MARÇO/2013	15	35
ABRIL/2013	16	50
MAIO/2013	33	62
JUNHO/2013	20	44
JULHO/2013	40	67
TOTAL	171	402

FONTE: A AUTORA (2013)

Entre as etiologias mais prevalentes de lesão de pele tratadas estão: UP em 62 dos 171 pacientes avaliados pela CCP e estes 62 pacientes totalizaram 111 UP, complicações em feridas cirúrgicas em 21 pacientes, úlceras vasculogênicas especialmente venosas em 18 pacientes, dermatites associadas à umidade em 13 pacientes, úlceras neuropáticas em 11 pacientes, lesões por fricção em quatro pacientes, úlceras relacionadas à anemia falciforme em 04 pacientes, queimaduras em quatro pacientes entre outras (TABELA 5).

TABELA 5 – ETIOLOGIAS DE LESÕES DE PELE MAIS PREVALENTES NOS PACIENTES AVALIADOS PELA CCP DO HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA (PR), 2013.

TIPOS DE LESÃO	Nº DE PACIENTES	%
UP	62	36
Feridas cirúrgicas complicadas	21	12
Úlceras venosas	18	11
Dermatite associada à umidade	13	8
Úlcera neuropática	11	7
Lesão por fricção	04	2
Úlcera relacionada à anemia falciforme	04	2
Queimaduras	04	2
Outras	34	20
TOTAL	171	100

FONTE: A AUTORA (2013).

Do total de 171 pacientes atendidos neste período, 44 apresentaram cicatrização completa da lesão antes da alta hospitalar; 25 foram a óbito durante o tratamento, devido à evolução do quadro clínico; dois não aceitaram a terapêutica; quatro apresentaram piora da lesão relacionada ao agravamento do quadro clínico; os outros 96 pacientes atendidos apresentaram boa evolução da lesão e saíram de alta hospitalar, com encaminhamento de contra referência para a rede municipal de saúde e orientação quanto aos cuidados de tratamento e prevenção, conforme demonstrado na (TABELA 6).

TABELA 6 – EVOLUÇÃO DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELA CCP DO HOSPITAL DE ENSINO. CURITIBA (PR), 2013

EVOLUÇÃO DOS ATENDIMENTOS	Nº DE PACIENTES	(%)
Cicatrização completa da lesão antes da alta hospitalar	44	26
Alta hospitalar antes da cicatrização da lesão, com boa evolução.	96	56
Óbito	25	15
Não aceitação do tratamento	02	1
Piora na evolução da lesão	04	2
Total	171	100

FONTE: A AUTORA (2013).

As clínicas com maior incidência de lesões e consequentes pedidos de consulta para a CCP foram: UTI neonatal, UTI adulto, UTI cardíaca, centro de terapia semi-intensiva, Pronto atendimento observação, Clínicas médicas e Transplante de medula óssea. O número de clínicas que solicitam tem aumentado progressivamente, a partir do conhecimento das unidades quanto ao serviço prestado.

Entre as terapêuticas adotadas, pode-se citar: a cobertura com toda a linha de silicone, que promove ambiente ideal para a cicatrização e alinhamento de fibras colágenas; coberturas com prata (hidrofibra, alginato, espuma) para controle microbiano; Ácidos Graxos Essenciais e Insaturados e Hidrogéis, para hidratação de lesões secas e desbridamento autolítico. Algumas coberturas foram adquiridas pela unidade de abastecimento, por serem padronizadas para o ambulatório de tratamento de feridas, outras foram conseguidas por doação das empresas fabricantes, sem as quais não teriam sido obtidos todos os resultados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação de mestrado atingiu o objetivo proposto, e atendeu a missão do mestrado profissional que é na intervenção da prática do enfermeiro e a CCP está implantada e em funcionamento.

É incontestável a importância da atuação do enfermeiro em conjunto com a equipe multiprofissional na prevenção e no cuidado aos pacientes portadores de lesões de pele, buscando estratégias de prevenção, avaliação e tratamento, visando promover condições que favoreçam a cicatrização, minimizando complicações e/ou comprometimentos.

A prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento das lesões de pele, que ocorrem durante o período de internação na instituição, ou que o paciente já apresenta por ocasião da internação, devem ser padronizados e orientados por protocolos atualizados e adequados à realidade da instituição, devendo ser divulgados e validados objetivando a melhoria da qualidade da assistência e segurança do paciente.

A pesquisa aqui apresentada permitiu colocar em destaque o processo de implementação da Comissão de Cuidados com a Pele em hospital de ensino.

Em primeiro lugar, pode-se destacar que o apoio institucional representado na Diretora de Enfermagem foi ponto fundamental para a criação e viabilização das ações da Comissão, pois por se tratar de um hospital escola, por mais paradoxal que possa parecer, projetos de pesquisa nem sempre se tornam exequíveis e ações empreendidas restringem-se a momentos iniciais, bem como não são reconhecidas e compartilhadas por todos os atores envolvidos.

Criou-se a Comissão de Cuidados com a Pele a qual tem caráter normativo e consultivo para desenvolver atividades relacionadas à assistência, educação permanente e pesquisa em enfermagem no que se refere à prevenção e tratamento de lesões de pele, cuidados com estomias, cateteres e drenos.

No desenvolver do trabalho observou-se que a CCP supre uma necessidade da instituição, no que se refere ao atendimento de pacientes com risco de desenvolver ou com lesões de pele. Dando continuidade às terapêuticas iniciadas na comunidade, realizando encaminhamento de contra referência ou na resolução de agravos à saúde relativos à iatrogenia, como UP, lesões por umidade ou por fricção,

que são de inteira responsabilidade da instituição, diminuindo assim o tempo de internação, a necessidade de terapias adicionais, comorbidades relacionadas às lesões e a incidência de úlceras.

Demonstrou-se a importância da participação de enfermeiros dos serviços como também o envolvimento dos mesmos para facilitar o desenvolvimento das ações da Comissão, dentre as quais a transformação de políticas e processos relacionados à segurança do paciente coma finalidade de evitar o dano, ao paciente submetido a cuidados com a pele.

Ressalta-se a necessidade de evitar que a assistência prestada resulte em dano ao paciente, para tanto deve-se trabalhar na prevenção dos eventos adversos, principalmente os EA negligentes, que ocorrem quando se presta um cuidado sem seguir os padrões estabelecidos para prevenção e tratamento de uma condição específica, como por exemplo a úlcera por pressão, lesão por umidade, lesão por adesivo, entre outros (DOMANSKI, 2012).

Outro exemplo bem sucedido da ação da CCP foi a formulação dos Instrumentos de primeira avaliação e acompanhamento de evolução de feridas e de coleta de dados de cateteres venosos e drenos. Evidenciou-se a importância de uma Comissão que responda as necessidades das diversas problemáticas relacionadas ao tema identificadas na fase diagnóstica desta pesquisa.

Viu-se que as equipes de trabalho principalmente os médicos, pareceram sensibilizados à abordagem do cuidado com a pele do paciente hospitalizado, mais especificamente explicitado pelo número de atendimentos realizados pelos enfermeiros da CCP.

Esta pesquisa apresentou dificuldades que devem ser apontadas.

Por mais que a pesquisa permita uma análise estruturada e tenha viabilizado o processo de implantação da Comissão de Cuidados com a Pele, a permanência e manutenção da Comissão dependem exclusivamente da apropriação e apoio administrativo das instâncias decisórias representadas através da Direção Geral e demais diretores do Hospital de Ensino em questão.

Por se tratar de uma instituição pública que possui déficit de profissionais, a lotação e disponibilização de pessoas permanentes para compor a Comissão precisa ser uma decisão estratégica compartilhada por todos os níveis da organização.

Mister se faz designar, pelo menos, um profissional com dedicação exclusiva para a mesma, tendo toda a sua carga horária voltada para as atividades de avaliação e tratamento das lesões com método bem delimitado, elaboração e divulgação de protocolos de prevenção e tratamento de lesões de pele, capacitação das equipes, entre outras atividades. Atualmente todos os membros da CCP dividem sua carga horária entre as atividades inerentes a sua função/cargo e as atividades da comissão

A qualidade do cuidado prestado aos pacientes conferiu visibilidade à comissão, no entanto devido ao caráter interdisciplinar dos cuidados com a pele, se houver a possibilidade de agregar outros profissionais como fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais entre outros ao grupo, esta ação conferirá maior poder de ação e autonomia a CCP.

Também se observou que como a instituição não possui uma política definida com relação aos cuidados com a pele, a CCP poderá nortear as ações e promover discussões com relação a novas tecnologias e produtos, apontando as melhores para a prática clínica e para o cuidado, sustentados em pesquisas, levando à assistência baseada em evidências e sob o ponto de vista do custo-benefício. Esta atividade vai ao encontro a uma demanda atual que é a manutenção da acreditação e o controle da qualidade tanto na prestação do cuidado como na inovação tecnológica.

Outra dificuldade encontrada foi a limitação dos produtos padronizados na instituição para uso na prevenção e tratamento de lesões de pele. Algumas coberturas utilizadas pela CCP nos pacientes internados foram obtidas através de doações pelas empresas fabricantes, sem as quais não seriam obtidos os resultados almejados.

No intuito de reduzir esta dificuldade, foram avaliados vários materiais e coberturas. Após análise criteriosa, foram selecionados três e encaminhados à comissão de padronização da instituição.

A realização desta pesquisa, a da implantação de uma Comissão de Cuidados com a Pele, foi um desafio, visto a complexidade das instâncias envolvidas, desde a mobilização da estrutura administrativa, passando pela necessidade de flexibilização das políticas de gestão de pessoas e a viabilização de recursos materiais no cadastro, liberação e compra das tecnologias necessárias para o cuidado com a pele. Além disso, o compromisso pessoal constituiu-se a

motriz para o desdobramento de minhas atividades e funções enquanto gerente de Unidade e coordenadora da comissão.

Após a conclusão desta pesquisa, apontando manter o caminho desbravado no campo das tecnologias do cuidado, sugere-se a manutenção da Comissão de Cuidados com a Pele para fins também do desenvolvimento de uma rede de informações epidemiológicas e estratégicas entre as instâncias locais, regionais e nacionais de saúde no assunto feridas, lesões, cateteres e estomas.

A partir dos resultados alcançados, a CCP estabeleceu como metas futuras: a realização periódica de capacitação e atualização dos profissionais de enfermagem em conjunto com a comissão de educação permanente; implantação de diretriz clínica de prevenção e tratamento de UP; reforçar em conjunto com a comissão de reestruturação da SAE, o registro da prescrição de cuidados com a pele recomendados pela CCP, dando continuidade à assistência; promover junto com a Diretoria de Enfermagem a disseminação na instituição das políticas e tecnologias referentes ao cuidado com a pele; desenvolver as estratégias, protocolos e indicadores com relação à prevenção de UP, para compor o plano de segurança do paciente da instituição, em atendimento a RDC 36/2013.

REFERÊNCIAS

AQUINO, A. L.; CHIANCA, T. C. M.; BRITO, R. C. S. Integridade da pele prejudicada, evidenciada por dermatite da área das fraldas: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.14, n.2, p. 414-24, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2.htm>. Acesso em: 16/08/2013

BACK, S. B.; BENEDET, S. A.; SOARES, C. F. Atuação em um grupo interdisciplinar de cuidado de pessoas com feridas: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.2, n.2, p. 455-62, 2011. Disponível em: <<http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude>>. Acesso em: 13/08/2013.

BAHARESTANI, M. M. *et al.* Dilemmas in measuring and using pressure ulcer prevalence and incidence: an international consensus. **Int Wound J**, v.6, n.2, p. 97-104, 2009.

BLANC, G. **Avaliação da cicatrização das úlceras por pressão em estágio II e III: Pressure ulcer scale for healing- PUSH**. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

BLANES, L. *et al.* Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital geral. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n.2, p. 182-7, jan./abr. 2004.

BORGES, E. L.; FERNANDES, F. P. Úlcera por Pressão. In: DOMANSKI, R. C.; BORGES, E. L. (orgs). **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.

BRANCO FILHO, J. R. C. **Os melhores conceitos e práticas de gestão aplicados ao seu hospital**. Módulo 01- Introdução à segurança do paciente. Saúde Business School; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Manual de condutas para úlceras neutróficas e traumáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União, Brasília, 2 de abr. 2013.

BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Medica Cirúrgica.** v 1, 2. 10 ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2004.

CÂNDIDO, L. C. **Nova Abordagem no Tratamento de Feridas.** São Paulo: Ed. SENAC, 2001.

CAPUCHO, H. C. **Os melhores conceitos e práticas de gestão aplicados ao seu hospital.** Módulo 02- Estruturando um programa de segurança do paciente. Saúde Business School; 2011.

CARNEIRO, C. M.; SOUSA, F. B.; GAMA, F. N. Tratamento de feridas: assistência de enfermagem nas unidades de atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 3, n. 2, p. 494-505, nov./dez. 2010.

CHIMENTÃO, D. M. N.; DOMANSKI, R. C. Dermatite associada à incontinência. In: DOMANSKI, R. C.; BORGES, E. L. (orgs). **Manual para prevenção de lesões de pele:** recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.

COREN-SP e REBRAENSP-POLO SÃO PAULO. 10 Passos para a Segurança do Paciente. São Paulo, 2010.

CREMA, G; SILVA, R. **Ostomas:** Uma abordagem interdisciplinar. Uberaba: Pinti. 2007.

CROZETA, K. **Avaliação Clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em um hospital de ensino.** Curitiba, 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

_____. *et al.* Interface entre a ética e um conceito de tecnologia de tecnologia em enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 2, p. 239-43, 2010.

CUNHA, I. C. K. O. A questão das competências e a gestão em saúde. In: BALSANELLI, A. P. *et al.* (orgs). **Competências gerenciais:** desafio para o enfermeiro. São Paulo: Martinari, 2008. Cap. 1, p. 15-20.

DANTAS, D. V. **Assistência aos portadores de úlceras venosas proposta de um protocolo.** 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

DEALEY, C. **Cuidado de feridas**: um guia para as enfermeiras. 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

DOMANSKY, R. C. Introdução. In: DOMANSKI, R. C.; BORGES, E. L. (orgs). **Manual para prevenção de lesões de pele**: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.

DONABEDIAN, A. A qualidade da atenção: Como ela pode ser avaliada? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-48, 1988.

DUFFY, J. R.; HOSKINS, L. The Quality-Caring Model©: Blending dual paradigms. **Advance Nursing Science**, v. 26, n. 1, p.77-88, 2003.

FELDMAN, L. B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde**: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari, 2004.

FELDMAN, L. B. **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2009.

FERNANDES, A.; FERNANDES, M. O. V.; RIBEIRO, F. N. **Infecção Hospitalar e suas interfaces na Área de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERNANDES, A. M. M. L.; QUEIRÓS, P. J. P. Q. Cultura de segurança do doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Rev Enf Ref.**, Série III, v. 4, p.37-48, 2011.

FERREIRA, A. M.; BOGAMIL, D. D. D.; TORMENA, P. C. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. **Arq Ciênc Saúde**, v. 15, n. 3, p. 105-9, jul./set. 2008.

FIALEK, S. A. **Prevenção de úlceras por pressão**: uma prática tecnológica do cuidado de enfermagem em uma unidade pediátrica. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

GASPAR, P. *et al.* Quanto custa a não formação em feridas? **Referência**, II série, n. 10, suplemento 2009.

GAUTHIER, J. *et al.* **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1998.

GEOVANINI, T.; OLIVEIRA JUNIOR, A. G. **Manual de curativos**. 2 ed. rev. e ampl. São Paulo: Corpus, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

HARADA, M. J. C. S. Segurança do paciente: classificações e definições. In: PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C.S. (orgs). **Enfermagem dia a dia**: segurança do paciente. São Caetano: Yendis, 2009.

HC/UFPR. **Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná**. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=node/65>>. Acesso em: 13/11/2012.

HEBDA, P. A. Prevention vs. Cure. Editorial. **Wound Rep Reg**, v. 16, n. 2, p. 144, 2008.

IAG SAÚDE. **Instituto de Acreditação e Gestão em Saúde**. Disponível em: <<http://www.iagsaude.com.br/rdc-anvisa-n%C2%BA-63-requisitos-de-boas-praticas-de-funcionamento-para-os-servicos-de-saude/>>. Acesso em: 20/11/2012.

IRION, G. **Feridas**: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

JCAHO – JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATION. **List of Joint commission Approved Subjects for Screening Indicators for Hospital**. 2006. Disponível em: <www.jointcommission.org>. Acesso em: 15/11/2012.

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2005.

JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. **Histologia Básica**. 10 ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2004.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **TO err is human**: building a safer health system: a report of the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy

Press, 2000. Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog/9728.html>>. Acesso em: 21/11/2012.

LAZZARI, L. S. M. **Apresentando as etapas do desenvolvimento de uma diretriz de prevenção de úlcera por pressão**. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

LEÃO, E. R. et al. **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2008.

LOBOSCO, A. A. F. et al. Enfermeiro atuando na prevenção de úlceras de pressão. **Enfermería Global**, v. 7, n. 2, p. 1-15. 2008. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/issue/view/1741/showToc>>. Acesso em: 10/06/2013.

MACIEL, O. B. **Avalidação do uso de filme transparente de poliuretano nas úlceras por pressão de estágio I na região de calcâneos**. Curitiba, 97f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

MANDELBAUM, S. H.; DI SANTIS, E. P.; MANDELBAUM, M. H. S. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares – Parte I. **An Bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 393-410, jul./ago. 2003.

MANZO, B. F. et al. As implicações do processo de acreditação para os pacientes na perspectiva de profissionais de enfermagem. **Enfermeria Global (Online)**, n. 25, jan. 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/pt_administracion6.pdf>. Acesso em: 21/10/2013.

MARQUES, G. M.; VIEIRA, M. L. C.; PEREIRA, S. R. M. A Construção do Conhecimento dos Enfermeiros Perante a Nova Classificação da Úlcera por Pressão. **Rev Estima**, São Paulo, v.11, n. 1, p. 13-21, 2013.

MENDES, W. et al. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos para uso em hospitais brasileiros. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 1, p. 55-66, 2008.

MINGORANCE, P. **A implantação e avaliação de uma diretriz de prevenção de úlcera por pressão**. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

MONTESINOS, M. J. L. Programa da Gestão da Qualidade Assistencial: uma

oportunidade de melhoria no procedimento de curativos. In: MALAGUTTI, W.; KAKIHRA, C. T. **Curativos, Estomias, e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 2. Ed. São Paulo: Martinari, 2011. p. 183-203.

NPUAP/EPUAP – NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.

OLIVEIRA, R. A. A Pele nos Diferentes Ciclos da Vida. In: **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012. p. 9-41.

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-94, 2010.

PALADINI, E. P. **Gestão da Qualidade: teoria e prática**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; LACERDA, M. R. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 27, n. 3, p. 336-43, 2006.

PETERLINI, F.; FERREIRA, D.; AKEMI, D. **Os melhores conceitos e práticas de gestão, aplicados ao seu hospital**. Modulo 03 – Identificação e notificação de erros. Saúde Business School; 2011.

QUINTO NETO, A. A responsabilidade corporativa dos gestores de organizações de saúde e a segurança do paciente. **RAS**, v.10, n.41, p. 140-46, out./dez. 2008.

REVISTA DO HOSPITAL. Dizendo Sim à Vida. Edição especial, ago. 2011.

RIBAS, J. D., **Prevalência de úlcera por pressão: um estudo epidemiológico da enfermagem**. Curitiba, 134f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

RODRIGUES, E. A. C.; *et al.* **Infecções Hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo: SARVIER, 1997.

ROEHRS, H.; MALAGUTTI, W. In: MALAGUTTI, W.; KAKIHRA, C. T. **Curativos,**

Estomias, e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional. 2. Ed. São Paulo: Martinari, 2011. p. 625-36.

ROLIN, J. A. *et al.* Prevenção e tratamento de úlcera por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. **Rev Rene**, v.14, n.1, p.148-57, 2013

SANTOS, N. Q. **Infecção Hospitalar Uma Reflexão Histórico-Crítica.** Florianópolis: Ed. UFSC, 1997.

SILVA, A. E. B. de C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. **Rev Eletr Enf**, v. 12, n. 3, p. 422, 2010 Editorial. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a01.htm>. Acesso em: 23/08/2013.

_____.; TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. de B. Ferramentas utilizadas para a gestão dos riscos: FMEA - análise do modo e efeito da falha e RCA- análise de causa raiz. In: FELDMAN, L. B. **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar.** 2 ed. São Paulo: Martinari, 2009, p. 301-15.

SILVA, L. D. da. Indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem. **Rev Enferm, UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 111-16, 2003.

SILVA, M. R. V.; DICK, N. R. M.; MARTINI, A. C. Incidência de Úlcera por pressão como indicador de qualidade na assistência de enfermagem. **Rev de Enferm da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v.2, n. 2, p. 339-46, mai./ago. 2012.

SILVA, R. C. L. da; FIGUEIREDO, N. M. A. de; MEIRELES, I. B. **Feridas:** fundamentos e atualizações em enfermagem. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2007.

SOARES, F. **Análise da educação em serviço para implementação da diretriz clínica de prevenção por úlcera por pressão.** Monografia (Graduação de Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

SOUZA, T. S. **Avaliação da efetividade do filme transparente de poliuretano na prevenção de úlcera por pressão em calcâneo.** Curitiba, 64f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

STAHLHOEFER, T. **Identificação de medidas preventivas de úlcera por pressão, realizadas por profissionais de enfermagem de uma clínica semi-intensiva, submetidos a uma capacitação prévia.** Monografia (Graduação em enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

TEBCHERANI, A. J. Histologia Básica Cutânea. In: MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T (orgs). **Curativos, Estomias, e Dermatologia:** uma abordagem multiprofissional. 2. Ed. São Paulo: Martinari, 2011. p. 25-32.

VAN RIJSWIJK, L.; GRAY, M. Evidence, research, and clinical practice: a patient-centered framework for progress in wound care. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 39, n. 1, p. 1-10, 2012.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p.429-37, 2009.

WATCHER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. **The conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**, version 1.1, Jan. 2009. Final Technical Report.

WUWHS – WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES. **Princípios das melhores práticas:** Diagnóstico e feridas. Documento de consenso. Londres: MEP Ltd, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	98
APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	99

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Barbara Franco Mittag, Tereza Cristina Caron Krause, Marineli J. Meier e Mitzzy Tannia Reichembach Danski pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você a participar da primeira etapa dos estudos intitulados "Subsídios para a implementação das diretrizes clínicas e do algoritmo de prevenção e tratamento de úlceras por pressão em um hospital de ensino" e "Comissão de cuidados com a pele: uma proposta de implantação em um hospital de ensino", inseridos no projeto "Inovação tecnológica em feridas: gerenciamento de risco e educação permanente". É através das pesquisas clínicas que ocorrem os avanços na área da saúde, e sua participação é de fundamental importância.

Os objetivos desta etapa da pesquisa são: descrever como é realizado a notificação e o acompanhamento dos agravos relacionado às úlceras por pressão, nos hospitais de ensino da cidade de Curitiba e descrever as estratégias e a periodicidade utilizadas na educação continuada e/ou permanente dos profissionais de enfermagem relacionada às úlceras por pressão nos hospitais de ensino da cidade de Curitiba.

Os riscos são o constrangimento ao responder alguma das perguntas. Nesse caso, você poderá solicitar a interrupção de sua participação na pesquisa. A coleta de informações acontece por meio de entrevista registrada em formulários semiestruturados pré-elaborados. Caso você participe da pesquisa, a entrevista será pré-agendada com duração aproximada de trinta minutos.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: conhecer como é realizada a prevenção e o manejo das úlceras nos hospitais de ensino de Curitiba. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

As pesquisadoras responsáveis por este estudo Barbara Franco Mittag, enfermeira, telefones: (41) 9644-8745; (41) 3276-1489 email: barbara_mittag@yahoo.com.br e Tereza Cristina Caron Krause, enfermeira, telefones: (41) 9996-5953; (41) 3360-7894 email: terezakrause@onda.com.br poderão ser contadas na cidade de Curitiba, de segunda a sexta-feira das 8hs às 16hs no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná ou pelos telefones e email acima, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (orientadora e colaboradores do estudo). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu trabalho.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)

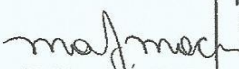
Local e data

Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE

Local e data

Aprovado pelo Comitê de Ética
em Pesquisa do Setor de Ciências
da Saúde/UFPR.

Em, 28/12/2012


MARIA JOSÉ MOGELINI
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do HC/UFPR
Matrícula 7462

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

1) Hospital de ensino?

() Sim () Não () Outro _____

2) A qual instituição de ensino está vinculada?

3) Número de leitos total (especificar quantos para o SUS e convênios).

4) Quais as especialidades atendidas na unidade? Qual o perfil de paciente?

() Pediatria () Clínica Médica () Cirúrgica () Maternidade

5) Número de enfermeiros? _____

6) Número de auxiliares e técnicos de enfermagem?

Técnicos _____ Auxiliares _____

7) Quais as ações que você realiza para prevenir a UP e outras lesões de pele?

8) Quais ações que você realiza ao detectar a UP e outras lesões de pele?

9) Possui acreditação ou em processo?

() Sim () Não () Processo

10) Qual o tipo de comitê que existe?

() Feridas () UP () Qualidade () Nenhum () Outros _____

11) Como funcionam esses comitês? (descrever como funciona, quem faz parte, qual a periodicidade das reuniões, como acontece a divulgação dos resultados)

12) Existe gestão de risco na instituição? Qual o referencial/modelo utilizado?

13) Quais os indicadores de qualidade utilizados para a gestão de risco relacionados aos cuidados da pele?

14) Existe instrumento para notificação dos eventos adversos? Quais?

15) Número de notificações de UP ou outras feridas no último ano?

16) Existe prática/ programa de educação permanente /capacitação em UP e outras lesões?

() Sim () Não

17) O hospital possui educação em saúde para os pacientes, familiares ou acompanhantes?

() Sim () Não () Não sei

18) Você já participou de capacitação em feridas nos últimos 5 anos? (prevenção, tratamento e acompanhamento).

() Sim () Não

19)Qual foi a metodologia utilizada para capacitação/ educação permanente? (Aula expositiva dialogada,/ folders para os profissionais de saúde, e qual a prática de educação para os pacientes, familiares e acompanhantes)

20)Existe protocolo/programa para prevenção de UP e outras lesões nos últimos 5 anos?

() Sim () Não

21)Existe a avaliação de risco para UP realizada pelo enfermeiro? Qual escala é utilizada? Tem instrumento adequado?

() Sim () Não () Instrumento () Escala _____

22)Existe padronização/protocolo para tratamento de UP e outras lesões?

() Sim () Não

23)Existem produtos padronizados para a prevenção de UP e outras lesões?

() Sim () Não

24)Se sim, quais?

25)Quais os produtos padronizados para o tratamento de UP ou de outras feridas?

26)Quais os produtos que você utiliza na prevenção e tratamento de UP e outras feridas?

27)Quais as medidas prescritas por você ao identificar um paciente com UP e outras lesões?

28) Existe Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) implantada no hospital?

() Sim () Não

29) Quais são os tipos de lesões de pele mais comuns encontradas na sua unidade de internação? (Numere as mais comuns de acordo com a maior prevalência).

- () Feridas cirúrgicas limpas
- () Feridas cirúrgicas complicadas (infecção, deiscência...)
- () Úlcera por pressão
- () Úlceras venosas
- () Úlceras arteriais
- () Úlceras neuropáticas (diabéticas)
- () Lesões de pele por umidade (associadas à incontinência, sudorese...)
- () Lesões por fricção (lesão superficiais comum em idosos)
- () Feridas oncológicas (quais? _____)
- () Drenos (quais? _____)
- () Cateteres (quais? _____)
- () Estomias (quais? _____)
- () Outras (quais? _____)

30) Você e sua equipe encontram alguma dificuldade na realização dos diversos curativos?

ANEXO

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	104
--	-----

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GERENCIAMENTO DE RISCO E EDUCAÇÃO PERMANENTE: INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM FERIDAS

Pesquisador: Mitzy Tannia Reichembach Danski

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 07555012.8.0000.0102

Instituição Proponente: Universidade Federal do Paraná - Setor de Ciências da Saúde/ SCS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 181.924

Data da Relatoria: 26/12/2012

Apresentação do Projeto:

A pele é o maior órgão do corpo humano, e tem como funções estabelecer barreira física entre o corpo e o meio ambiente impedindo a penetração de micro-organismos e a termorregulação. Inúmeras alterações podem acometer a integridade desta estrutura, refletindo na maioria das vezes e de forma acentuada, muitas das modificações e desajustes sofridos em diferentes órgãos, podendo ser influenciadas por diversas condições e patologias, dentre elas, a ferida que pode ser definida como qualquer lesão que resulte em solução de continuidade da pele causada por trauma mecânico, químico ou físico, isquemia, pressão ou ser intencional no caso de cirurgias (DEALEY, 2008). Estas lesões acometem a população em geral, principalmente os pacientes hospitalizados independente de sexo, idade ou etnia, o que onera os gastos públicos e prejudica a qualidade de vida.

Dentre estas lesões, destaca-se a úlcera por pressão (UP), que prolonga a hospitalização, aumenta o risco de complicações e dificulta a recuperação do paciente e que, por isso mesmo, merece atenção de equipe multiprofissional tanto na prevenção quanto no tratamento, pois representam sofrimento físico e emocional dos pacientes a medida que reduzem sua independência bem como a realização das atividades diárias (BLANES, 2004).

O tratamento ao portador de ferida é dinâmico e deve acompanhar a evolução científica e tecnológica, visando a abordagem do paciente, a indicação do tratamento, organização e a sistematização da assistência. A inovação tecnológica nas últimas décadas têm permitido uma transformação no cuidado de enfermagem, contribuindo para a manifestação da humanização

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PRADO et.al., 2011), na medida em que contribui com a qualidade, eficácia, efetividade e segurança do cuidado (SALVADOR, 2012). A segurança do paciente tem gerado preocupação e mobilização em prol da adoção de métodos para análise de risco e prevenção de eventos adversos, como as úlceras por pressão, erro na administração de medicamentos e entre outros, com o objetivo de garantir qualidade na assistência e evitar agravos à saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos Primários: (1)Descrever como é realizado a notificação e o acompanhamento dos agravos relacionado às úlceras por pressão, nos hospitais de ensino da cidade de Curitiba. (2)Descrever as estratégias e a periodicidade utilizadas na educação continuada e/ou permanente dos profissionais de enfermagem relacionada às úlceras por pressão nos hospitais de cidade de Curitiba. (3)Identificar os conhecimentos relacionados à ulcera por pressão nas unidades de internação de um hospital universitário de Curitiba.(4)Subsidiar a implementação da diretriz e do algoritmo de prevenção e tratamento de úlceras por pressão em um hospital de ensino de Curitiba. (5)Criar a comissão de cuidados com a pele. (6)Avaliar o efeito das atualizações com relação as diretrizes clínicas e o algoritmo de prevenção e tratamento de ulcera por pressão da equipe de enfermagem em um hospital universitário de Curitiba. (7)Comparar o conhecimento e atividades relacionadas a ulcera por pressão desenvolvidas pela equipe de enfermagem antes e após as atividades educativas. (8)Calcular a prevalência de ulcera de pressão em um Hospital Universitário de Curitiba antes e após as atualizações com relação as diretrizes clínicas e o algoritmo de prevenção e tratamento de ulcera por pressão. (9)Relacionar os fatores de risco para o desenvolvimento de ulcera de pressão. Readequar os cuidados de enfermagem após as atualizações com relação as diretrizes clínicas e o algoritmo de prevenção e tratamento de ulcera por pressão.

Objetivos Secundários: (1)Validar a diretriz e o algoritmo de prevenção e tratamento de úlceras por pressão junto a enfermeiros de um hospital de ensino. (2)Atualizar os enfermeiros de um hospital de ensino sobre UP. (3)Realizar diagnóstico da situação atual com relação a prevenção e tratamento de lesões de pele. (4)Elaborar o regimento da comissão de cuidados com a pele. (5)Institucionalizar protocolo de prevenção e tratamento de lesões de pele. (6)Analisar a organização dos Hospitais de Ensino da cidade de Curitiba acerca da prevenção e tratamento da UP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador, o presente projeto de pesquisa não apresenta riscos a integridade física dos sujeitos, à exceção de possível constrangimento ao responder os questionários e demais atividades propostas.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Quanto aos benefícios, estes seriam obter dados sobre a temática, atualizar os profissionais de enfermagem da instituição, o que contribuirá para a melhoria da assistência prestada assim como incrementar a prevenção das UP e outras feridas, diminuindo custos hospitalares e melhorando a qualidade de vida do paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide item "conclusões ou pendências e lista de inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória encontram-se presentes.

Foram anexadas as declarações (final modelo CONEP), onde o Co participante declara ter lido e concordar com o Parecer deste CEP/SD.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório trazer ao CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para que seja carimbado com data de aprovação por este CEP/SD..

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS.)

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



CURITIBA, 28 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Claudia Seely Rocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br